

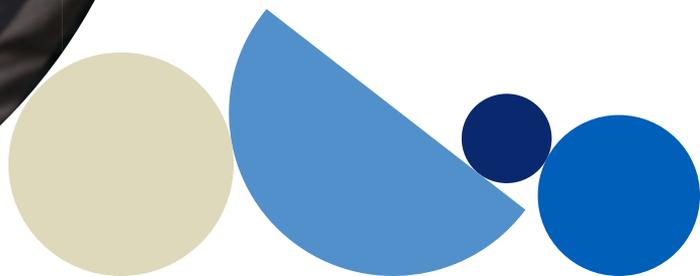
Zurich COVER+

Contratto di Assicurazione per la copertura dai rischi di Invalidità Permanente e Morte a seguito di Infortuni e Assistenza Infortuni.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 01.2023
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 11.2021
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 01.2023, redatte secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



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

Che tipo di Assicurazione è?

La Polizza assicura i Rischi di Invalidità permanente e morte da Infortuni e Assistenza in caso di Infortuni.



Che cosa è assicurato?

✓ **Infortuni:** le conseguenze degli *Infortuni* che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle *Attività professionali* e nella vita privata.

Le garanzie *Infortuni* previste sono:

- Invalidità permanente da Infortunio: pagamento di un *Indennizzo* all'Assicurato in caso di *Invalidità permanente da Infortunio* che si verifichi entro due anni dal giorno dell'*Infortunio* stesso.
- Morte: in caso di morte conseguente a *Infortunio*, pagamento di un importo pari alla somma assicurata ai *Beneficiari* designati in *Polizza*, nella percentuale definita dal *Contraente*.

✓ **Assistenza Infortuni:** a seguito di *Infortunio* vengono fornite prestazioni di Assistenza all'Assicurato con possibilità di scelta tra una forma base ed una forma top.

Le garanzie sopra elencate possono essere acquistate con le seguenti combinazioni:

- *Invalidità permanente da Infortunio* + Morte + Assistenza *Infortuni*.

oppure

- *Invalidità permanente da Infortunio* + Assistenza *Infortuni*.

La *Compagnia* risarcisce i danni e copre i costi fino all'importo massimo della somma assicurata stabilita in *Polizza*.



Che cosa non è assicurato?

✗ Con riferimento alle garanzie *Infortuni*:

- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., morbo di Parkinson, epilessia, tutte le demenze, demenza Alzheimer, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi;
- persone che in fase di prima stipula abbiano già compiuto i 70 anni di età;
- le persone che svolgono le seguenti *Attività professionali*: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi e forze armate dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense. Se nel corso del periodo di validità della *Polizza* si verifichi un cambiamento dell'*Attività professionale* dichiarata dall'Assicurato, Zurich non corrisponderà alcun *Indennizzo* se l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'*Infortunio* rientri nell'elenco sopra citato.

✗ Le *Franchigie* e i danni che eccedono i *Massimali*, i limiti di *Indennizzo* o le somme assicurate pattuite.



Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alle garanzie *Infortuni* sono esclusi quelli:

- ! conseguenti alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- ! conseguenti all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
- ! conseguenti alla pratica di *Sport professionistico*, o di attività sportive in qualsiasi modo remunerate o alle quali l'Assicurato dedichi impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ! conseguenti alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, fatta eccezione per gli *Infortuni* subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'*Infortunio*; l'Assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'*Infortunio* stesso;
- ! che si verifichino durante viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di pilota, allievo pilota o membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- ! che si verifichino quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test.
- ! Non è previsto alcun *Indennizzo* in caso di *Invalidità permanente* accertata pari o inferiore al 35%.

Con riferimento alla garanzia Assistenza *Infortuni* la prestazione non è operante in caso di *Sinistro* causato direttamente od indirettamente da:

- ! svolgimento di professioni a *Rischio*, ovvero: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi e forze armate dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense;
- ! *Infortuni* derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli *Infortuni* sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo agonistico e/o professionale.
- ! circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il *Rischio* alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo. Pertanto tutte le prestazioni erogate per tramite della Struttura Organizzativa saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.
- ! La copertura si intende sospesa in caso di permanenza continuativa dell'*Assicurato* al di fuori del territorio italiano superiore a 90 giorni.



Dove vale la copertura?

- ✓ **Garanzie *Infortuni*:** l'*Assicurazione* è valida in tutto il mondo.
- ✓ **Garanzia Assistenza *Infortuni*:** salvo diverse indicazioni specificate all'interno delle singole prestazioni, la garanzia Assistenza vale negli Stati membri dell'Unione Europea (compresa Svizzera e Gran Bretagna).



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il *Premio* deve essere pagato alla *Compagnia* o all'*Intermediario assicurativo* al momento della sottoscrizione della *Polizza* e, su richiesta del *Contraente*, il pagamento può essere frazionato in rate semestrali senza alcun onere aggiuntivo. Le rate vanno pagate alle scadenze stabilite in base al frazionamento. Il *Premio* è comprensivo di imposte, interamente dovuto per tutta la durata della *Polizza* e può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante per l'importo massimo stabilito dalla legge. La *Polizza* prevede meccanismi di indicizzazione/adeguamento del *Premio*.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alla data indicata in *Polizza* oppure alla data del pagamento del *Premio* o dalla prima rata di *Premio*, se successiva. Il contratto può avere durata annuale o annuale più frazione e finisce alla data di scadenza indicata in *Polizza*. La copertura prevede il tacito rinnovo annuale e si rinnova automaticamente, salvo il caso di disdetta inviata da una delle parti con le modalità indicate nella sezione successiva. In fase di tacito rinnovo la *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario assicurativo*, ha la facoltà di proporre nuove condizioni di *Premio* e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di *Polizza* (quali, a titolo meramente esemplificativo: *Massimali*, limiti scoperti e *Franchigie*), alle stesse condizioni di cui al presente Set Informativo. In tal caso il mancato pagamento del *Premio* comporta la cessazione automatica del contratto per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la Polizza?

Il *Contraente* e/o la *Compagnia* possono disdire la *Polizza* con lettera raccomandata o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) **da inviare almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza originaria della *Polizza*** oppure, per le *Polizze* che si siano già tacitamente rinnovate, prima di ciascuna scadenza annuale successiva. Ciascuna parte può recedere dalla *Polizza* a seguito di *Sinistro*, con preavviso di 30 (trenta) giorni, inviando una comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata o a mezzo PEC **entro 60 (sessanta) giorni dal pagamento o dal rifiuto dell'*Indennizzo*. Il recesso ha effetto trascorsi 30 (trenta) giorni dalla data di invio della comunicazione.**

Assicurazione per la copertura dai Rischi di Invalidità permanente e Morte a seguito di Infortuni e Assistenza Infortuni

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich COVER+

Data di ultimo Aggiornamento: luglio 2022

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata disponibile.



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, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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 3.1.08 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 2021, il patrimonio netto è pari a 2.783 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.775 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 163% 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): 1.868 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 840 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 3.053 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.718 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Garanzia Infortuni

Sono coperti anche gli Infortuni:

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

Invalidità permanente da Infortunio

Il grado di *Invalidità permanente* subito dall'Assicurato è determinato sulla base delle percentuali stabilite nella *Tabella di valutazione medico-legale 'Tabella di valutazione medico-legale Inail DPR 30 giugno 1965 n. 1124'*.

Solo se l'*Invalidità permanente* accertata supera il 35% verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

Malattie tropicali/malaria

La garanzia è estesa all'*Invalidità permanente* derivante dal contagio di *Malattie tropicali*, diagnosticate dai medici curanti. La malaria si intende parificata alle *Malattie tropicali*.

	<p>Menomazioni estetiche</p> <p>Qualora l'<i>Infortunio</i> abbia come conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la <i>Compagnia</i> rimborsa le spese sostenute e documentate per l'intervento chirurgico riparatore.</p> <p>Morte presunta</p> <p>Se a seguito di presunto annegamento o incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea, il corpo dell'<i>Assicurato</i> non venga più ritrovato e se ne presuma la morte, la <i>Compagnia</i> corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati in <i>Polizza</i> nella percentuale definita dal <i>Contraente</i>.</p> <p>Morte contestuale dei genitori</p> <p>Se in un medesimo evento si verifica la morte per <i>Infortunio</i> di entrambi i genitori assicurati sulla stessa <i>Polizza</i>, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli minorenni o Invalidi civili espressamente indicati in <i>Polizza</i> quali Beneficiari, l'<i>Indennizzo</i> spettante per la garanzia Morte per ciascun genitore aumentato del 100%.</p> <p>Morte da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro</p> <p>Se a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro a danno dell'<i>Assicurato</i> si verifica il decesso dell'<i>Assicurato</i> stesso, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli e/o al <i>Coniuge</i> non legalmente separato espressamente indicati in <i>Polizza</i> quali Beneficiari, la somma assicurata per il caso Morte aumentata del 50%.</p>
<p>Garanzia Assistenza Infortuni</p>	<p>Il contratto garantisce, a seguito di <i>Infortunio</i>, le prestazioni da assistenza di seguito elencate in funzione della forma di garanzia scelta dal <i>Contraente</i>, avvalendosi, per la gestione dei <i>Sinistri</i>, di Mapfre Asistencia S.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma Base: a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste le prestazioni di Consulenza medica, Consultant service – “concierge”, Interprete a disposizione all'estero, Rientro salma, Anticipo spese di prima necessità, Trasporto in autoambulanza, Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato, Consegnare medicinali urgenti, Diagnostica a domicilio, Ecografie a domicilio, Invio di un medico a domicilio, Invio di un operatore per assistenza sanitaria al domicilio, Invio di un fisioterapista, Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e cure mediche, Secondo parere medico, 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. • Forma Top: oltre a quanto indicato nella Forma Base, a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste anche le prestazioni di Traduzione della cartella clinica, Rientro del convalescente, Consulenza psicologica, Reperimento Assistenza Infermieristica, Prolungamento del soggiorno.



Che cosa NON è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p> <p>Garanzia Infortuni</p>	<p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli Infortuni conseguenti all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate; • gli Infortuni che derivino dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; • gli Infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'<i>Assicurato</i> e/o dei Beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio; • gli Infortuni conseguenti a operazioni chirurgiche non rese necessarie dall'<i>Infortunio</i> stesso; • gli Infortuni dovuti a insurrezioni e fatti di guerra; • gli Infortuni dovuti a stato di guerra, quando l'<i>Assicurato</i> si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'<i>Assicurato</i> si rechi volontariamente in paesi interessati da operazioni belliche;
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • gli Infortuni conseguenti a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • gli Infortuni conseguenti a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o <i>Cyberterrorismo</i>; • gli Infortuni conseguenti ad infarti; • gli Infortuni conseguenti ad <i>Atto di forza</i>; • i casi di morte presunta avvenuti in circostanze diverse dal presunto annegamento o presunto incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea.
<p>Rischi esclusi</p> <p>Garanzia Assistenza Infortuni</p>	<p>La prestazione non è operante in caso di <i>Sinistro</i> causato direttamente od indirettamente da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; • scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, <i>Cyberterrorismo</i>; • dolo dell'<i>Assicurato</i>; • suicidio o tentato suicidio; • Malattie mentali e Malattie nervose; • Malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; • ogni patologia preesistente; • Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; • l'espianto e/o il trapianto di organi. <p>La copertura non opera in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dimissioni volontarie dell'<i>Assicurato</i> contro il parere dei sanitari dell'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato; • rinuncia o ritardo da parte dell'<i>Assicurato</i> nell'accettare le prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa. <p>Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, o che comunque fossero indicati come Paesi sconsigliati nelle comunicazioni ufficiali del Ministero degli Esteri e nel sito web www.viaggiasesicuri.it.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Invalidità permanente da Infortunio:

Malattie tropicali/malaria: il massimo *Indennizzo* previsto è pari a 200.000 euro a condizione che:

- il grado di *Invalidità permanente* accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* sia superiore al 35%;
- l'*Assicurato* dimostri di essersi sottoposto alle vaccinazioni o alle profilassi previste per le *Malattie tropicali* e alla profilassi prevista per la malaria.

Menomazioni estetiche: il massimo *Indennizzo* previsto è pari a 10.000 euro a condizione che il grado di *Invalidità permanente* accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* sia superiore al 35%.

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

Morte presunta: l'*Indennizzo* è corrisposto a condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della domanda di morte presunta.

Morte contestuale dei genitori: l'*Indennizzo* complessivo per evento non può essere superiore a 600.000 euro.

Assistenza Infortuni

Di seguito i casi di limitazione:

- Le seguenti prestazioni saranno fornite solo a seguito di *Infortunio* che comporti un *Ricovero* di almeno 5 giorni: Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato; Consegna medicinali urgenti; Diagnostica a domicilio; Ecografie a domicilio; Invio di un medico a domicilio; Invio di un operatore per assistenza sanitaria al domicilio; Invio di un fisioterapista; Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e cure mediche; Secondo parere medico; 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; Consulenza psicologica; Reperimento Assistenza Infermieristica; Prolungamento del soggiorno.

- Relativamente alla prestazione Consultant service – “conciierge” restano a carico dell’Assicurato i costi delle prestazioni sanitarie e dei servizi di trasporto.
- Relativamente alla prestazione “Reperimento Assistenza Infermieristica” restano a carico dell’Assicurato i costi relativi all’attività svolta dal professionista.
- 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 200 km di percorso complessivo (per andata/ritorno).
- 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*.
- Relativamente alla prestazione di ‘Rientro salma’ la *Compagnia* terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 2.000 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 al domicilio’ la *Compagnia* terrà a carico il relativo costo fino ad un massimo di 500 euro per *Sinistro*.
- Relativamente alla prestazione ‘Invio collaboratrice familiare’ la *Compagnia* terrà a carico il relativo costo fino ad un massimo di 250 euro per *Sinistro*.
- Relativamente alle prestazioni ‘Autista a disposizione per Infortuni lontani dall’abitazione’ e ‘Autista a disposizione per vita quotidiana’, 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.).
- 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 60 euro al giorno.
- Relativamente alla prestazione ‘Interprete a disposizione’ la *Compagnia* terrà a proprio carico l’onorario dell’interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative.
- 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.
- Relativamente alla prestazione ‘Consegna medicinali urgenti’, restano a carico dell’Assicurato i costi relativi ai medicinali e/o articoli sanitari.
- Relativamente alla prestazione ‘Diagnostica a domicilio’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 250 euro per *Sinistro* mentre resta a carico dell’Assicurato il costo degli esami.
- Relativamente alla prestazione ‘Ecografie a domicilio’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 250 euro per *Sinistro* mentre resta a carico dell’Assicurato il costo degli esami.
- Relativamente alla prestazione ‘Invio di un medico a domicilio’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 250 euro per *Sinistro* (forma Base) o fino ad un *Massimale* di 350 euro per *Sinistro* (forma Top). Relativamente alla prestazione ‘Invio di un fisioterapista’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 250 euro per *Sinistro* (forma Base) o fino ad un *Massimale* di 350 euro per *Sinistro* (forma Top).
- Relativamente alla prestazione ‘Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e 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).
- Relativamente alla prestazione ‘Secondo parere medico’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il costo del consulto con lo specialista e dei biglietti di viaggio (a/r) fino ad un *Massimale* di 1.000 euro per *Sinistro*.
- Relativamente alla prestazione ‘Ricongiungimento’, la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 500 euro per *Sinistro*.

- Relativamente alla prestazione 'Accompagnamento di minori', la *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un *Massimale* di 500 euro per *Sinistro* mentre restano a carico dell'*Assicurato* le eventuali spese di soggiorno del familiare.
- 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*.
- 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*.
- 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*.
- 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*.
- 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.
- 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*.
- 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*.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?	<p>Denuncia di Sinistro</p> <p>Il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i> o il/i <i>Beneficiario/i</i> deve denunciare per iscritto il <i>Sinistro</i> al proprio <i>Intermediario assicurativo</i> o alla <i>Compagnia</i> entro 5 giorni da quello in cui lo stesso si è verificato o da quando ne ha avuto la possibilità.</p> <p>La denuncia, deve essere preferibilmente fatta compilando l'apposito modulo presente in calce alle condizioni di <i>Assicurazione</i>. La stessa deve indicare una descrizione del fatto e delle sue cause, unitamente alla documentazione indicata.</p> <p>La denuncia del <i>Sinistro</i> e i documenti alla stessa devono essere consegnati o inviati preferibilmente al proprio <i>Intermediario assicurativo</i> o alla <i>Compagnia</i>.</p>
	<p>Garanzia Assistenza Infortuni</p> <p>Il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i>, ovunque si trovi e in qualsiasi momento, può contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - telefonando al numero verde 800-181515 oppure al numero +39 015-255.9790: <p>oppure scrivendo attraverso le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>In ogni caso dovrà comunicare con precisione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il tipo di assistenza di cui necessità. 2. Il nome e cognome. 3. Il numero di <i>Polizza</i> 4. L'indirizzo del luogo in cui si trova. 5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l'<i>Assicurato</i> nel corso dell'assistenza. <p>Inoltre, deve esibire i giustificativi, fatture, ricevute di spese e ogni altra documentazione necessaria alla conclusione dell'assistenza.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Nel contratto non sono presenti forme di Assistenza diretta/in convenzione.</p>
	<p>Gestione da altre imprese</p> <p>Zurich ha conferito a Mapfre Assistencia S.A. (sede operativa Strada Trossi n. 66, 13871 Verrone – BI – numero verde 800.181515, oppure +39.015.2559790) l'incarico di gestire i <i>Sinistri</i> riguardanti la garanzia assistenza.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di <i>Assicurazione</i> (diversi dal diritto al pagamento delle rate di <i>Premio</i>) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Garanzia Infortuni</p> <p>La <i>Compagnia</i> ha 60 giorni di tempo dal ricevimento della denuncia e di tutta la documentazione richiesta, per formulare una proposta di <i>Indennizzo</i> o respingere la richiesta di <i>Indennizzo</i>.</p> <p>Sono previste ulteriori tempistiche in caso di richiesta di documentazione aggiuntiva da parte della <i>Compagnia</i> o quando vengano incaricati dei consulenti (es. medici).</p> <p>Il pagamento dell'<i>Indennizzo</i> viene eseguito dalla <i>Compagnia</i> entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta per lo stesso.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Per la garanzia Infortuni, se presente in <i>Polizza</i> l'Indicizzazione, la <i>Compagnia</i> procede in occasione di ogni scadenza annuale della <i>Polizza</i> , all'adeguamento dei valori in base all'indice FOI – Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati (senza tabacchi) pubblicato dall'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica. L'indicizzazione si applica a Premi, somme assicurate ed eventuali limiti di <i>Indennizzo</i> se espressi in cifra assoluta.
Rimborso	A seguito di recesso la <i>Compagnia</i> provvederà entro 15 giorni a rimborsare al <i>Contraente</i> la parte di <i>Premio</i> già pagata, al netto delle imposte, e relativa al periodo di <i>Rischio</i> non corsa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la Polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi desidera ottenere un *Indennizzo per Invalidità permanente* o morte causate da un grave *Infortunio* e servizi di assistenza dedicati in caso di *Infortunio*. La possibilità di accedere al prodotto è riservata alle persone che in fase di prima stipula abbiano un'età inferiore a 70 anni. Per i contratti già in corso di validità tale limite è elevato a 80 anni, superato il quale la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva; tuttavia, la *Compagnia* potrà discrezionalmente valutare se mantenere in essere la copertura tramite sostituzione di *Polizza* per gli Assicurati che abbiano superato detta età.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I <i>Reclami</i> devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>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</p> <p>È altresì possibile inviare il <i>Reclamo</i> tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai <i>Reclami</i>.</p> <p>La <i>Compagnia</i> deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del <i>Reclamo</i>. Per i <i>Reclami</i> 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.</p>
All'IVASS	<p>All'IVASS vanno indirizzati i <i>Reclami</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 <i>Assicurazione</i> e di riassicurazione, degli Intermediari e dei periti assicurativi;- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un <i>Reclamo</i> indirizzato alla <i>Compagnia</i>. <p>I <i>Reclami</i> devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it</p> <p>Per la presentazione dei <i>Reclami</i> ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai <i>Reclami</i>, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it.</p> <p>Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, ha la propria sede legale in Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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.</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il <i>Reclamo</i> all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p>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).</p> <p>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).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla <i>Compagnia</i>.</p> <p>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).</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle Condizioni di Assicurazione), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.</p>

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.

Zurich COVER+

Condizioni Contrattuali redatte secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico
ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari

Indice

Glossario 3 di 26

Sezione 1 - Norme comuni a tutte le garanzie

	Dove vale la copertura?	5 di 26
	Che obblighi ho?	5 di 26
	Quando e come devo pagare?	6 di 26
	Quando comincia e quando finisce la copertura?	6 di 26
	Come posso disdire la Polizza?	7 di 26
	Altre informazioni	7 di 26

Sezione 2 - Infortuni

	Che cosa è assicurato e come?	8 di 26
	Che cosa non è assicurato?	9 di 26
	Cosa fare in caso di Sinistro?	10 di 26
	Come è gestito il Sinistro?	11 di 26

Sezione 3 - Assistenza Infortuni

	Che cosa è assicurato e come?	13 di 26
	Dove vale la copertura?	17 di 26
	Che cosa non è assicurato?	18 di 26
	Cosa fare in caso di Sinistro?	18 di 26

Tabella 1: Tabella di valutazione medico legale 19 di 26

Tabella 2: Tabella di Indennizzo Invalidità permanente da Infortunio 21 di 26

Tabella 3: Classificazione delle Attività professionali 22 di 26

Allegato 4: Modulo di denuncia Sinistro 25 di 26

Legenda



Che cosa è assicurato e come?

Descrive i contenuti e il funzionamento delle singole garanzie e delle eventuali limitazioni e declina le garanzie che sono sempre operative e quelle opzionali. Le garanzie acquistate e le relative caratteristiche (ad esempio: limiti e *Massimali*) sono indicate in *Polizza*.



Che cosa non è assicurato?

Descrive le esclusioni ovvero danni, eventi e/o persone non assicurabili e che sono esclusi dalla copertura assicurativa.



Cosa fare in caso di Sinistro?

Fornisce le istruzioni dettagliate su come comportarsi in caso di *Sinistro* (ad esempio quando e come fare la denuncia, quali documenti servono, chi contattare e come farlo).



Come è gestito il Sinistro?

Fornisce le informazioni sulla procedura e sulle tempistiche di accertamento del *Sinistro* da parte della *Compagnia* ed i tempi e le modalità di liquidazione dell'*Indennizzo*.



Dove vale la copertura

Descrive l'ambito geografico di validità della copertura.



Che obblighi ho?

Descrive gli obblighi e gli adempimenti che derivano al *Contraente/Assicurato* all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



Quando e come devo pagare?

Fornisce le informazioni sulle modalità e sulle tempistiche di pagamento dei *Premi*.



Quando comincia e quando finisce la copertura?

Descrive le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto ed anche le modalità di rinnovo.



Come posso disdire la Polizza?

Fornisce le informazioni sulle modalità di disdetta del contratto ed i tempi.



Fornisce ulteriori informazioni a supporto e a completamento di un determinato argomento.

Alcune *Parole* sono scritte sempre in ***corsivo*** e con la prima lettera maiuscola: sono quelle spiegate nel **Glossario**.

Glossario

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

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

Assicurazione: Il contratto di *Assicurazione*.

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

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

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

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

Beneficiario: L'*Assicurato* o, in caso di suo decesso, la persona designata dal *Contraente* a riscuotere l'*Indennizzo* previsto dalla Sezione *Infortuni* per il caso morte. In assenza di designazione specifica indicata in *Polizza* i *Beneficiari* saranno gli eredi testamentari o legittimi dell'*Assicurato*.

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

Compagnia: La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Coniuge: Ciascuna delle due persone unite in matrimonio, ciascuna delle parti di una unione civile tra persone dello stesso sesso, i conviventi di fatto dichiarati all'anagrafe e i conviventi more uxorio risultanti dalla stato di famiglia.

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

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

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

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

Dati elettronici: Informazioni salvate o trasmesse in formato digitale.

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

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

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

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

Disposizioni sulla protezione dei Dati personali: Qualsiasi disposizione di legge e/o regolamento, ivi incluso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Regolamento Europeo nr. 2016/679 (GDPR) e s.m.i.

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

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

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

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

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

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

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

Intermediario assicurativo: La persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di *Assicurazione* o da un dipendente della stessa, che svolge a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

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

Invalidità permanente: La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta, avendo come riferimento la *Tabella di valutazione medico-legale*.

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

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

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

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

Massimale: Somma sino alla concorrenza della quale la Compagnia presta l'*Assicurazione*.

Polizza: Il documento che prova l'*Assicurazione* che sintetizza i dati relativi al contratto, compresi quelli dell'*Assicurato*, quelli amministrativi (la durata, le scadenze, le garanzie assicurative fornite) e le dichiarazioni rese dal *Contraente/Assicurato* ai sensi del codice civile art. 1892 e seguenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Surrogazione (diritto di): La Compagnia che ha indennizzato il *Sinistro* all'*Assicurato* si sostituisce nei diritti che quest'ultimo vanta verso i responsabili del *Sinistro*. Tale diritto non è applicato nel presente contratto.

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

Tabella di valutazione medico-legale: La tabella finalizzata alla determinazione del grado di *Invalidità permanente* subito dall'*Assicurato* in seguito a *Sinistro*. Ai sensi di questo contratto la tabella Inail per le menomazioni come indicato nel T.U. 30 giugno 1965 n 1124 e s.m.i.

Sezione 1

Norme comuni a tutte le garanzie



Dove vale la copertura?

1.1 Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, ad eccezione della garanzia **Assistenza** per la quale la validità territoriale è descritta nella sezione dedicata.



Che obblighi ho?

1.2 Dichiarazioni del Contraente

Il contratto viene emesso sulla base delle dichiarazioni fornite dal *Contraente* e dall'*Assicurato*, i quali sono tenuti a fornire tutte le **informazioni** che possono influire sulla valutazione del *Rischio*.

La violazione di questo obbligo può comportare conseguenze negative:

- **le dichiarazioni inesatte o reticenti rese con dolo o colpa grave, ossia le dichiarazioni non corrette o incomplete fatte consapevolmente** su circostanze che l'*Assicurato/Contraente* conosce o che, facendo uso della normale diligenza, potrebbe conoscere, **sono causa di annullamento del contratto entro tre mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni e comportano la perdita totale del diritto all'Indennizzo in caso di Sinistro, come ad esempio l'Attività professionale dichiarata dal Contraente al momento dell'assunzione del contratto.** La *Compagnia* ha diritto di trattenere tutti i *Premi* già riscossi, ed in ogni caso quello relativo al periodo di *Assicurazione* in corso
- se, invece, **le dichiarazioni non corrette o incomplete sono state effettuate senza dolo o colpa grave**, in riferimento a circostanze sconosciute e che non potevano essere accertate con la normale diligenza, **la Compagnia ha il diritto di recedere dal contratto**, cioè di sciogliere unilateralmente il contratto entro tre mesi ed **in caso di Sinistro l'Indennizzo sarà ridotto in proporzione alla differenza tra il Premio pagato e quello che sarebbe stato dovuto se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.**

Quanto sopra vale anche nel caso in cui l'*Assicurazione* sia stata stipulata in nome o per conto di terzi, come previsto dall'art. 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi".

1.3 Aggravamento del Rischio

L'*Assicurato* deve avvisare immediatamente il proprio *Intermediario assicurativo* o la *Compagnia* se, nel corso del contratto, sopraggiungono circostanze che aumentino la probabilità che il fatto dannoso si verifichi (cd. aggravamento del *Rischio*), come ad esempio il presentarsi di una nuova patologia oppure il cambio dell'*Attività professionale* dichiarata in *Polizza*.

La comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica certificata (PEC). La *Compagnia*, ricevuta la comunicazione potrà recedere dal contratto oppure sostituirlo, proponendo differenti condizioni di *Assicurazione*.

La mancata comunicazione può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*.

1.4 Assicurazione per conto altrui

Se l'*Assicurazione* viene stipulata per conto di altri soggetti, gli obblighi derivanti dalla *Polizza* spettano al *Contraente*, con l'eccezione di quegli obblighi che, per loro natura, non possono essere assolti che dall'*Assicurato* come ad esempio quelli relativi alle dichiarazioni che possono influire sulla valutazione del *Rischio*.

1.5 Altre Assicurazioni

Il *Contraente* deve avvisare per iscritto la *Compagnia* o l'*Intermediario assicurativo* dell'esistenza o della successiva stipulazione di **altre Assicurazioni che coprono lo stesso Rischio**, così come previsto dall'art.1910 del Codice civile – "Assicurazione presso diversi assicuratori".

In caso di *Sinistro*, la denuncia deve essere inviata a tutte le *Compagnie* 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.

Se il *Contraente* è una persona fisica e l'*Assicurato* è un soggetto diverso dal *Contraente*, tale obbligo è esteso anche all'*Assicurato*.

Se volontariamente le comunicazioni di cui sopra non vengono effettuate o risultano non veritiere, la *Compagnia* può rifiutare di corrispondere l'*Indennizzo*.



Quando e come devo pagare?

1.6 Pagamento del Premio

Il **Premio** deve essere pagato all'**Intermediario assicurativo** che gestisce la **Polizza** o alla **Compagnia**, al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo; le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste.

Il **Premio** può essere pagato in un'unica soluzione oppure frazionato in più rate.

Il **Premio** o, in caso di frazionamento e di anno più frazione, la prima rata di **Premio**, deve essere pagato alla sottoscrizione del contratto; le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste, con rilascio di quietanze emesse dalla **Compagnia** o Appendici emesse dall'**Intermediario assicurativo** che indicano la data del pagamento e riportano la firma della persona autorizzata a riscuotere il **Premio**.

Il **Premio** deve sempre essere pagato per intero in base alla durata stabilita del contratto, **anche se è stato previsto il pagamento frazionato in più rate**.

Il pagamento può essere effettuato con assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante entro i limiti stabiliti dalla legge.

1.7 Indicizzazione

Se l'“Indicizzazione” è espressamente indicata in **Polizza**, la **Compagnia** procede in occasione di ogni scadenza annuale della **Polizza**, all'adeguamento dei valori in base all'indice FOI – Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati (senza tabacchi) pubblicato dall'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica.

L'indicizzazione si applica a:

- **Premi**
- somme assicurate
- eventuali limiti di **Indennizzo** se espressi in cifra assoluta

Il calcolo della variazione è effettuato nel modo che segue:

- alla **Polizza** è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza annuale della **Polizza** si considera l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare precedente a quello della scadenza;
- si effettua il confronto tra i due indici;
- se la differenza è positiva si avrà una variazione in aumento, se negativa in diminuzione, se non c'è differenza non ci sarà alcuna variazione.

L'indicizzazione non verrà applicata alla garanzia Assistenza.

1.8 Oneri fiscali

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

Quando comincia e quando finisce la copertura?



1.9 Decorrenza della garanzia

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno:

- indicato in **Polizza** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati;
- del pagamento del **Premio** se questo avviene successivamente alla data indicata in **Polizza**.

Se il **Contraente** non paga i **Premi** o le rate di **Premio** successive alla prima, l'**Assicurazione** rimane sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di scadenza e si riattiva dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Rimangono valide le scadenze successive e il diritto della **Compagnia** al pagamento dei **Premi** scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile - “Mancato pagamento del **Premio**”.

1.10 Durata del contratto e tacito rinnovo

L'**Assicurazione** può avere le seguenti durate, a scelta del **Contraente**:

- a. **annuale**: il contratto ha durata di 1 anno solare e termina alle ore 24.00 della data di scadenza indicata in **Polizza**. Il contratto prevede il **tacito rinnovo annuale**. Alla scadenza, la **Polizza** si rinnova **tacitamente** per un ulteriore anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.11;

- b. **annuale più frazione: il contratto ha validità per l'intero periodo assicurativo sottoscritto (anno intero più frazione). Il contratto prevede il tacito rinnovo annuale.** Alla scadenza, la **Polizza si rinnova tacitamente** per un ulteriore anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.11.

Non è possibile stipulare il contratto con una durata poliennale o inferiore a quella annuale (durata temporanea). Il **Contraente** ha la facoltà di disdire il contratto nelle modalità indicate nel capitolo 'Come posso disdire la Polizza?'.

1.10.1 Modifica del Premio e/o della Polizza alla scadenza e rinnovo del contratto

Fermo quanto previsto dall'Articolo 1.7 "Indicizzazione", è facoltà della **Compagnia**, anche per il tramite dell'**Intermediario assicurativo**, comunicare al **Contraente** mediante comunicazione scritta con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza - iniziale o di eventuale tacito rinnovo - nuove proposte di modifica del **Premio e/o** degli elementi contrattuali indicati nel documento di **Polizza** (quali a titolo meramente esemplificativo: **Massimali**, limiti, scoperti, **Franchigie**), alle stesse condizioni contrattuali di cui al presente Set Informativo. In tali casi il pagamento del **Premio** entro il 30° giorno successivo alla scadenza del contratto, varrà quale espressione della volontà del **Contraente** di accettare la nuova proposta, a fronte della quale verrà rilasciata relativa quietanza. Il **Contraente** avrà la facoltà di non accettare le nuove proposte di modifica del **Premio e/o** degli elementi contrattuali indicati nel documento di **Polizza** astenendosi dal pagamento ed in tal caso il contratto si intenderà risolto alla naturale scadenza senza necessità per il **Contraente** di dare disdetta. In assenza di una nuova proposta di modifica del **Premio e/o** degli elementi contrattuali indicati nel documento di **Polizza** di cui al presente articolo, oppure di disdetta da parte di una delle parti, resta fermo quanto previsto dall'art. 1.9 "Decorrenza della garanzia" e all'art. 1.10 "Durata del contratto e tacito rinnovo".



Come posso disdire la Polizza?

1.11 Disdetta del contratto

Il **Contraente** o la **Compagnia** può disdire il contratto comunicandolo entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza iniziale o rinnovata del contratto.

Il **Contraente** che vuole inviare disdetta deve comunicarlo al proprio **Intermediario assicurativo** o alla **Compagnia** tramite lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC).

Per i contratti di durata 'annuale più frazione' il **Contraente** può inviare disdetta alla sola scadenza annuale del contratto.

Se il contratto si è già rinnovato a seguito della scadenza originaria, la disdetta deve essere inviata entro 30 (trenta) giorni dalla data della scadenza annuale successiva.

In mancanza di disdetta, da parte del **Contraente** o della **Compagnia**, la **Polizza** è prorogata di un anno e così successivamente.

1.12 Recesso in caso di Sinistro

Il **Contraente e/o** la **Compagnia** possono recedere dal contratto dopo ogni **Sinistro** e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'**Indennizzo**. Il recesso comunicato entro i termini avrà effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricezione della relativa comunicazione.

Il diritto di recesso può essere esercitato per l'intera **Polizza**.

Il **Contraente** che vuole esercitare il diritto di recesso deve comunicarlo tramite lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) alla **Compagnia** o al proprio **Intermediario assicurativo**.

A seguito del recesso, la **Compagnia** provvederà entro 15 giorni a rimborsare la parte di **Premio** già pagata, al netto delle imposte, e relativa al periodo di **Rischio** non corsa.

In presenza di una clausola di vincolo, il **Contraente** non potrà esercitare il diritto di recesso in corso di contratto.

Altre informazioni



1.13 Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche del contratto devono essere concordate tra le parti e formalizzate per iscritto su apposito documento della **Compagnia**.

1.14 Legge applicabile e foro competente

L'**Assicurazione** è regolata dalla legge italiana. Il foro competente per eventuali azioni giudiziarie è quello della sede legale del convenuto oppure, a scelta di chi agisce, quello dove ha sede l'**Intermediario assicurativo** a cui è assegnato il contratto.

Se l'**Assicurato** è un consumatore, ai sensi dell'art. 3-comma 1, lettera a) del D. lgs. N. 206/2005 e s.m.i "Codice del consumo", è competente il foro di residenza o di domicilio eletto dell'**Assicurato**.

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

Sezione 2

Infortunati



Che cosa è assicurato e come?

2.1 Oggetto dell'Assicurazione

La *Compagnia* assicura l'**Invalidità permanente e la morte derivante da Infortuni**, subiti dall'*Assicurato* nello svolgimento dell'**Attività Professionale** indicata in *Polizza* e nella vita privata.

Sono considerati *Infortuni* gli eventi dovuti ad un avvenimento fortuito, violento ed esterno che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, compresi:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni dovute dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le ustioni provocate da animali o da vegetali;
- le punture di insetti in genere, per **quelle che causino malaria e Malattie tropicali** nei modi indicati al punto 2.2.1;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad *Infortuni* in garanzia;
- l'annegamento;
- le lesioni determinate da *Sforzo*;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da *Infortunio*;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono coperti anche gli *Infortuni*:

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

L'*Assicurazione* da *Invalidità permanente* e *Morte* derivante da *Infortunio*, è **operante solo per le persone espressamente richiamate in Polizza nei limiti della somma assicurata indicata in Polizza**.

2.2 Invalidità permanente da Infortunio

Se l'*Infortunio* ha per conseguenza una *Invalidità permanente* **che si verifichi entro 2 anni dalla data di accadimento dell'evento**, la *Compagnia* corrisponde un *Indennizzo* calcolato in percentuale e determinato come da criteri specificati al capitolo **Com'è gestito il Sinistro?**.

Si precisa che l'Indennizzo legato all'Infortunio verrà corrisposto solo qualora l'Infortunio stesso abbia generato un grado di Invalidità permanente, accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale (tabella 1), superiore al 35%.

2.2.1 Invalidità permanente dovuta a Malattie tropicali/malaria

La *Compagnia* riconosce l'*Invalidità permanente* derivante dal contagio di *Malattie tropicali* e malaria, diagnosticate dai medici curanti, **fino ad un massimo di 200.000 euro**.

La garanzia è operativa a condizione che:

- il grado di *Invalidità permanente*, accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale*, **sia superiore al 35%**;
- l'*Assicurato* dimostri di essersi **sottoposto alle vaccinazioni o alle profilassi** previste per le *Malattie tropicali* e alla profilassi prevista per la malaria.

2.2.2 Menomazioni estetiche

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

La garanzia è operativa a condizione che il grado di *Invalidità permanente* accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* (tabella 1) **sia superiore al 35%**.

2.3 Morte

La *Compagnia* corrisponde la somma assicurata, *al/ai Beneficiario(i)* designati in *Polizza* nella percentuale definita dal *Contraente*, se **entro due anni** dall'*Infortunio* le lesioni riportate hanno quale conseguenza la morte dell'*Assicurato*.

2.3.1 Morte presunta

La *Compagnia* corrisponde la somma assicurata, *al/ai Beneficiario/i* designati in *Polizza*, nella percentuale definita dal *Contraente*, se a seguito di presunto:

- annegamento
- incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea,

il corpo dell'*Assicurato* non venga più ritrovato e se ne presuma la morte.

Il pagamento viene effettuato a **condizione che siano trascorsi almeno sei mesi** dalla data della presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento della somma assicurata per il caso di morte presunta, si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione dell'*Indennizzo* corrisposto.

In quest'ultima ipotesi, l'*Assicurato* che nell'*Infortunio* abbia riportato lesioni indennizzabili secondo quanto previsto dalla presente sezione, potrà far valere i propri diritti, sempre che nel frattempo non sia decorso il termine di prescrizione di due anni previsto dall'art. 2952 del Codice civile.

2.3.2 Morte contestuale dei genitori

La *Compagnia* corrisponde ai figli minorenni o *Invalidi civili*, indicati in *Polizza* come *Beneficiari*, la somma assicurata prevista per la morte di ciascun genitore aumentata del 100% **se entrambi i genitori, assicurati nel medesimo contratto, muoiono per il medesimo Infortunio.**

L'*Indennizzo* complessivo **non può essere superiore a 600.000 euro**, anche se dal raddoppio del capitale *Assicurato* dovesse risultare una somma maggiore.

2.3.3 Morte da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

La *Compagnia* corrisponde ai figli *e/o* al *Coniuge* non legalmente separato, indicati in *Polizza* quali *Beneficiari*, **la somma assicurata per il caso morte aumentata del 50%**, se l'*Assicurato* muore a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, perpetrati a suo danno.

Questa garanzia non è cumulabile con quella prevista nel caso di morte contestuale dei genitori.

In caso di più *Beneficiari* l'*Indennizzo* verrà corrisposto in proporzione alle persone indicate in *Polizza* come *Beneficiari*.



Che cosa non è assicurato?

2.4 Persone non assicurabili – Limiti di età

La *Compagnia* non assicura le persone:

- a) che in fase di prima stipula abbiano già compiuto i 70 anni di età. I contratti già in corso di validità potranno essere annualmente rinnovati o anche sostituiti fino al compimento dell'80° anno d'età dell'*Assicurato*;
- b) che, in qualità di *Assicurati*, durante il periodo di validità del contratto, a seguito di tacito rinnovo, compiano o superino l'80° anno d'età. In questo caso, l'*Assicurato* verrà automaticamente escluso dal contratto in occasione della prima scadenza annua successiva. La *Compagnia* potrà discrezionalmente valutare se mantenere in essere la copertura tramite sostituzione di *Polizza*;
- c) affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., morbo di Parkinson, epilessia, tutte le demenze, demenza Alzheimer, sindromi organico – cerebrali, schizofrenia, forme maniaco – depressive, stati paranoidi. Nel caso in cui l'*Assicurato* sia colpito dalle patologie sopra indicate nel corso del contratto, l'*Assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data in cui le patologie sono state diagnosticate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato*;
- d) che svolgono le seguenti *Attività professionali*:
 - atleta sportivo professionista;
 - pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
 - sub professionista, sommozzatore, palombaro;
 - minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
 - militare di corpi e forze armate dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
 - guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
 - stuntman, controfigura, circense.

Al verificarsi di queste circostanze, il pagamento dei *Premi* scaduti non può essere considerato come requisito di operatività della garanzia. I *Premi* verranno restituiti al *Contraente* al netto delle imposte.

2.5 Esclusioni

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

1. ad una delle *Attività professionali* elencate al punto c) dell'articolo 2.4 - Persone non assicurabili e al punto 3 dell'art. 2.9 - Determinazione dell'*Indennizzo* in caso di *Attività professionali* diverse da quelle dichiarate in *Polizza*;
2. alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche *e/o* motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
3. all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
4. alla pratica di *Sport professionistico*, o di attività sportive in qualsiasi modo remunerate o alle quali l'*Assicurato* dedichi impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;

5. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle leggi in vigore. L'esclusione non si applica per gli *Infortuni* subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'*Infortunio* e/o se il mancato rinnovo è conseguenza dei postumi invalidanti dell'*Infortunio* stesso;
6. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
7. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
8. alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
9. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
10. a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, ad atti di autolesionismo, al suicidio e tentato suicidio;
11. a operazioni chirurgiche non rese necessarie da *Infortunio*;
12. a insurrezioni e fatti di guerra;
13. a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli *Infortuni* si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in paesi interessati da operazioni belliche;
14. a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
15. a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o da *Cyberterrorismo*;
16. ad infarti;
17. ad *Atto di forza*;
18. ai casi di morte presunta avvenuti in circostanze diverse da quelle elencate al punto 2.3.1.



Cosa fare in caso di Sinistro?

2.6 Denuncia di Sinistro

In caso di *Infortunio*, il Contraente, l'Assicurato o il/i Beneficiario(i) devono:

1. presentare per iscritto la denuncia del *Sinistro* entro 5 giorni da quando l'*Infortunio* si è verificato o da quando ne abbiano avuto la possibilità;
2. sottoscrivere la denuncia che deve contenere:
 - descrizione dell'*Infortunio*, indicando le cause che lo hanno provocato, il luogo, il giorno e l'ora in cui è accaduto;
 - l'indicazione di eventuali altre *Assicurazione* a copertura del medesimo *Rischio*
 Oltre alla denuncia scritta dovranno essere consegnati i seguenti documenti:
 - primo certificato medico (e successivi) contenente diagnosi e prognosi della ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato;
 - certificato di guarigione clinica attestante l'eventuale stabilizzazione di postumi di *Invalidità permanente*;
 - eventuale documentazione di inchieste, indagini, procedimenti giudiziari, accertamenti in essere o conclusi presso le pubbliche autorità relativamente alle circostanze del *Sinistro*;
 - fotocopia della patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida dei veicoli;
 - in caso di *Ricovero*, la cartella clinica.

Se l'*Infortunio* ha causato la morte dell'Assicurato, immediatamente o durante il periodo di cura, oltre a quanto sopra, dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato, se necessario;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale presenza di un testamento e l'identità degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i Beneficiari, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* dall'obbligo di reimpiego dalla quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *Sinistro*;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'identificazione del Beneficiario/i;
- dichiarazione scritta di non gravidanza della vedova, se in età fertile;
- copia dei verbali dell'eventuale intervento della Autorità;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione o sentenza di divorzio, se espressamente richiesto.
- documentazione medica e, in caso di *Ricovero*, cartella clinica;

Se l'Assicurato muore per cause diverse dall'*Infortunio* prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari per la quantificazione dell'*Invalidità permanente*, il/i Beneficiario/i devono inviare:

- un certificato di guarigione o altro equivalente che attesti la stabilizzazione dei postumi (ad esempio, una relazione medico – legale o certificazioni INAIL) e tutta la documentazione medica;
- cartella clinica in caso di *Ricovero*;
- attestazione che la causa del decesso è oggettivamente estranea rispetto all'*Infortunio*.

Inoltre, su richiesta motivata della *Compagnia*, potranno essere richiesti ulteriori specifici documenti.

La denuncia del *Sinistro* e i documenti alla stessa allegati devono essere consegnati o inviati preferibilmente al proprio *Intermediario assicurativo* o alla *Compagnia*.

In tutti i casi, l'*Assicurato*, il/i *Beneficiario/i*, devono acconsentire alla visita dei medici della *Compagnia* e a qualsiasi indagine che la stessa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'*Assicurato*.

Le spese relative alla produzione di certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'*Assicurato*.

La denuncia e i documenti devono essere consegnati o inviati preferibilmente al proprio *Intermediario assicurativo* o alla *Compagnia*.



Come è gestito il Sinistro?

2.7 Tempi di gestione del *Sinistro*

Una volta ricevuta la denuncia e tutta la documentazione indicata nel precedente capitolo 'Cosa fare in caso di *Sinistro*?', la *Compagnia* avrà **60 giorni di tempo per esaminare la documentazione ed effettuare le proprie valutazioni sul *Sinistro***.

Entro tale termine la *Compagnia*;

- formulerà una proposta di *Indennizzo*;

oppure

- respingerà la richiesta di *Indennizzo* indicandone in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni.

Entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione indicata, la *Compagnia* potrà richiedere ulteriore e specifica documentazione precisando al *Contraente* o all'*Assicurato* o al *Beneficiario/i* il motivo della richiesta. Il termine per formulare una proposta di *Indennizzo* o respingere la richiesta di *Indennizzo* sarà di 30 giorni dal ricevimento della documentazione integrativa.

Qualora la *Compagnia* ritenga necessario incaricare dei consulenti (ad esempio, periti, accertatori) il termine per formulare una proposta di *Indennizzo* o respingere la richiesta di *Indennizzo* sarà di 30 giorni dal ricevimento della perizia.

2.8 Pagamento dell'*Indennizzo*

Il pagamento dell'*Indennizzo* viene eseguito entro 15 giorni dalla data in cui l'*Assicurato* o il/i *Beneficiario/i* ha consegnato alla *Compagnia* la seguente documentazione:

- atto di quietanza sottoscritto o documentazione equivalente circa la accettazione della offerta liquidativa
- fotocopia di valido documento di riconoscimento e codice fiscale del *Beneficiario* del pagamento;
- nominativo dell'intestatario del conto corrente e codice IBAN del conto sul quale effettuare bonifico;
- nel caso di delega all'incasso, fotocopia di documento di riconoscimento valido, codice fiscale e IBAN del delegato.

2.9 Determinazione dell'*Indennizzo* in caso di *Attività professionali* diverse da quelle dichiarate in *Polizza*

Qualora nel corso del contratto si verifichi una variazione dell'*Attività professionale* dichiarata in *Polizza*, l'*Assicurato* deve darne tempestiva comunicazione al proprio *Intermediario assicurativo* o alla *Compagnia*.

Se l'*Infortunio* si verifica nello svolgimento di una *Attività professionale* diversa da quella dichiarata in *Polizza*, l'*Indennizzo* è corrisposto:

1. integralmente, come da tabella di seguito riportata, se la diversa *Attività professionale* rientri nella medesima classe professionale o di minor rischio cui appartiene quella dichiarata;
2. in misura percentuale inferiore, come da tabella di seguito riportata, se la diversa *Attività professionale* rientri in una classe professionale di maggior rischio rispetto a quella dichiarata.

Classe relativa all' <i>Attività professionale</i>		dichiarata in <i>Polizza</i>			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
svolta al momento del <i>Sinistro</i>	1 ^a	100%	100%	100%	100%
	2 ^a	85%	100%	100%	100%
	3 ^a	70%	85%	100%	100%
	4 ^a	55%	70%	85%	100%

Per la determinazione del livello di *Rischio* corrispondente all'*Attività professionale*, si fa riferimento alla classificazione riportata nella Tabella 3) - Classificazione delle *Attività professionali*.

In caso di *Attività Professionali* eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una delle *Attività professionali* già elencate.

3. Non sarà corrisposto alcun *Indennizzo* qualora l'*Attività professionale* svolta dall'*Assicurato* al momento dell'*Infortunio* rientri nel seguente elenco:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;

- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
- militare di corpi e forze armate dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfigura, circense.

2.10 Determinazione dell'*Invaldità permanente*

L'*Indennizzo* si determina applicando il grado di *Invaldità permanente* accertata in base alla *Tabella di valutazione medico-legale* (tabella 1) **Non è previsto alcun *Indennizzo* se l'*Invaldità permanente* accertata è di grado pari o inferiore al 35%. Se l'*Invaldità permanente* accertata supera il 35% verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.**

Le percentuali di *Invaldità permanente* vengono accertate in base alla *Tabella di valutazione medico legale* (tabella 1) con le precisazioni che seguono:

- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di diminuzione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%;
- negli altri casi, il grado di invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati.

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

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

Tuttavia, se l'*Assicurato* decedesse per cause indipendenti dall'*Infortunio* prima che l'*Indennizzo* sia stato pagato, la *Compagnia* è tenuta a corrispondere al *Beneficiario*:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'*Assicurato*;
- in assenza di un'offerta della *Compagnia* o di un accordo con l'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto al punto 2.6 Denuncia di *Sinistro* e punto 2.11 Criteri di indennizzabilità.

2.11 Determinazione della *Franchigia per Invaldità permanente*

La *Compagnia* non corrisponde alcun *Indennizzo* se l'*Invaldità permanente* accertata è di grado pari o inferiore al 35%. Se l'*Invaldità permanente* accertata supera il 35%, non sarà applicata nessuna *Franchigia* e verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

Si rimanda alla Tabella 2 – *Tabella di Indennizzo*, per maggior chiarezza.

2.12 Criteri di indennizzabilità

L'*Indennizzo* è dovuto unicamente per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*Infortunio* denunciato.

Non sono quindi indennizzabili:

- le conseguenze dell'*Infortunio* che derivino da condizioni fisiche o patologiche preesistenti all'*Infortunio*;
- le conseguenze manifestatesi successivamente all'*Infortunio* ma non imputabili ad esso;
- gli aggravamenti delle conseguenze dell'*Infortunio* che si manifestino successivamente al pagamento dell'*Indennizzo*.

2.13 Controversie, arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del *Sinistro*, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalla *Polizza*, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti **tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.**

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*Invaldità permanente* ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

2.14 Cumulo di indennità

Se, a seguito del pagamento di un'indennità per *Invaldità permanente*, **ed entro 2 anni dal giorno dell'*Infortunio* ed in conseguenza delle lesioni subite**, si verifichi il decesso dell'*Assicurato*, la *Compagnia* corrisponde ai *Beneficiari* espressamente indicati in *Polizza* la differenza tra l'indennità pagata a titolo di *Infortunio* e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore.

La *Compagnia* non esige il rimborso nel caso contrario.

2.15 Rinuncia al diritto di *Surrogazione*

La *Compagnia* rinuncia, a favore dell'*Assicurato* o dai suoi *Beneficiari* all'azione di *Surrogazione* che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'*Infortunio*.

Sezione 3

Assistenza Infortuni

La *Compagnia* ha scelto di affidare la gestione e la liquidazione dei *Sinistri* relativi alla garanzia Assistenza ad una *Compagnia* specializzata:

Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A.
con sede a Verrone (BI) – Strada Trossi n. 66,

Numero verde 800-181515 (valido solo in Italia)
oppure **+39.015-2559790 (valido in Italia e all'estero)**

La *Compagnia* si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore della garanzia Assistenza. Tale modifica sarà comunicata mediante pubblicazione sul sito internet della *Compagnia* o nell'area riservata.

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

Per quanto riguarda la garanzia Assistenza:

- **per Assistenza Infermieristica:** si intende l'assistenza prestata da personale dotato di specifico diploma;
- **per Istituto di Cura:** si intende l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche ed affini, le case di riposo;
- **per Familiare:** si intende il *Coniuge*, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, fratellastri, sorellastre, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini di primo grado, nipoti di primo grado dell'*Assicurato*, nonché quanti altri con lui conviventi, purché risultanti da regolare certificato di stato di famiglia;
- **per Prestazione:** si intende l'immediato aiuto fornito da parte della *Compagnia* all'*Assicurato*, nel momento della difficoltà, a seguito del contatto e per il tramite della Struttura Organizzativa;
- **per Residenza:** si intende il luogo in Italia in cui l'*Assicurato* ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico;
- **per Ricovero:** si intende la degenza in Istituto di Cura;
- **per Struttura Organizzativa:** la struttura di Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la *Compagnia*, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'*Assicurato*, ed organizza e eroga, con costi a carico della *Compagnia* stessa, le Prestazioni di assistenza previste nelle condizioni di *Assicurazione*;
- **per Territorio italiano:** il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino;
- **per Viaggio:** lo spostamento, il soggiorno o la locazione verso /in una località ad almeno 100 chilometri dalla Residenza.



Che cosa è assicurato e come?

3.1 Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prevede l'erogazione di Prestazioni, come di seguito descritte, a seconda della forma di copertura scelta dal *Contraente*; nello specifico:

- **Forma Base**, comprende le Prestazioni indicate dal punto 1 al punto 27;
- **Forma Top**, comprende le Prestazioni indicate dal punto 1 al punto 32;

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

1) Consulenza medica

Qualora l'*Assicurato* necessiti di una consulenza medica per avere informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare, potrà contattare la Struttura Organizzativa che, tramite un collegamento telefonico diretto effettuato tra i medici della Struttura Organizzativa e l'*Assicurato* stesso o il medico che l'ha in cura sul posto, valuterà lo stato di salute dell'*Assicurato* per decidere quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

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

Si precisa che tale consulto non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'*Assicurato*.

2) Consultant service – “conciierge”

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali

Qualora l'*Assicurato* necessiti di indicazioni relativamente a:

- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- mezzi di trasporto (aerei, treni, altro)

la Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'*Assicurato*, fornirà le informazioni richieste.

Restano a carico dell'*Assicurato* i costi delle prestazioni sanitarie e dei servizi di trasporto.

3) Interprete a disposizione all'estero

La Prestazione è attiva solo al di fuori del Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti dell'intervento di un interprete per poter comunicare con i medici che lo hanno in cura, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarlo presso l'Istituto di Cura all'estero.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

4) Rientro salma

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa predisporrà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura presso il comune di Residenza.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 2.000,00 euro per *Sinistro*.

Qualora il trasporto comporti un esborso maggiore del *Massimale*, la Struttura Organizzativa non attiverà la Prestazione fino a quando non avrà ricevuto garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate per la quota dei costi non compresi nel *Massimale* suddetto.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

5) Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile corrisponderle direttamente e immediatamente per perdita della capacità di acquisto (quale furto/smarrimento del portafoglio o dei mezzi di pagamento elettronico), la Struttura Organizzativa anticiperà, per conto dell'Assicurato, **il pagamento delle spese sostenute e documentate da fattura fino ad un importo massimo di 5.000,00 euro per *Sinistro*.**

L'Assicurato dovrà comunicare: la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine, l'Assicurato dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

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 esibisce denuncia di furto/smarrimento effettuata alle Autorità;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

6) Trasporto in autoambulanza

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente al *Ricovero* di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza presso l'Istituto di Cura.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Le Prestazioni elencate dal punto 7 al punto 32 sono fornite a seguito di *Infortunio* che comporti un *Ricovero* di almeno 5 giorni.

Relativamente alle Prestazioni di cui ai punti dal 7 al 17 e dal 27 al 29 la Struttura Organizzativa definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio, compatibilmente con le disponibilità locali; a tal fine, ogni Prestazione dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di organizzare il servizio stesso.

7) Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato

Qualora l'Assicurato abbia subito lesioni ritenute non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera in cui si è verificato il *Sinistro*, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di Cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la cura dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario, limitatamente agli Stati membri dell'Unione Europea (compresa Svizzera e Gran Bretagna);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. In caso contrario, se il mezzo utilizzato per il trasporto dell'Assicurato e le circostanze lo permettono, l'Assicurato potrà essere accompagnato da un Familiare che si trova presso l'Istituto di Cura di partenza;
- organizzare i contatti tra i medici e i Familiari nel corso del *Ricovero*.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi.

Non danno luogo alla Prestazione:

- le lesioni che, a giudizio dei medici, siano curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera in cui si è verificato il *Sinistro*;
- le terapie riabilitative.

8) Consegna medicinali urgenti

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano.

Qualora l'Assicurato, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, necessiti, come da prescrizione medica scritta, di medicine e non possa allontanarsi dalla propria Residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna dei medicinali e/o articoli sanitari presso la sua Residenza.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi ai medicinali e/o articoli sanitari.

9) Diagnostica a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti di eseguire, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, prelievi del sangue,

la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà a:

- organizzare il servizio di prelievo dei campioni, previa verifica che gli stessi siano effettuabili presso la Residenza dell'Assicurato;
- consegnare il campione presso il laboratorio di analisi;
- trasmettere, successivamente, il referto delle analisi all'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

10) Ecografie a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti di eseguire, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, ecografie, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà a:

- organizzare il servizio di ecografia, previa verifica che questa sia effettuabile presso la Residenza dell'Assicurato;
- trasmettere, successivamente, il referto all'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

11) Invio di un medico a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, presso la Residenza o domicilio temporaneo, uno dei medici convenzionati.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di:

- € 250,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Base;
- € 350,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Top.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di eventuali esami o medicinali prescritti dal medico.

12) Invio di un operatore per assistenza sanitaria al domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di essere assistito da operatore sanitario, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

13) Invio di un fisioterapista

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza dell'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di:

- € 250,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Base;
- € 350,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Top.

14) Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e cure mediche

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano.

Qualora le Prestazioni:

- Diagnostica a domicilio
- Ecografie a domicilio
- Invio di un medico a domicilio

non possano essere effettuate presso la Residenza dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, ad individuare un accompagnatore, ed eventualmente organizzare anche un servizio di taxi, per consentire all'Assicurato di recarsi, dalla propria Residenza, in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure.

La Compagnia terrà a proprio carico i costi dell'accompagnatore fino ad un massimo di 4 h per Sinistro ed eventualmente fino ad un massimo di € 100,00 per Sinistro per il servizio di taxi (andata/ritorno).

15) Secondo parere medico

Qualora l'Assicurato desideri ottenere un secondo parere medico sulle terapie proposte e/o sugli esiti dell'*Infortunio*, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato una consulenza con il proprio medico di struttura, che potrà eventualmente coordinare, qualora se ne ravvisino i presupposti, un servizio di second opinion con uno specialista del settore.

La Struttura Organizzativa si occuperà inoltre di organizzare il viaggio di andata e ritorno dell'Assicurato presso lo specialista del settore individuato.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo del consulto con lo specialista individuato e dei biglietti di viaggio (a/r) fino ad un massimo di 1.000,00 Euro per Sinistro.

16) Autista a disposizione per *Infortuni* lontani dall'abitazione

Qualora l'Assicurato si trovi in Viaggio e, successivamente alle dimissioni dall'Istituto di Cura, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo e i passeggeri fino alla Residenza dell'Assicurato, secondo itinerario più breve.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo € 500,00 per Sinistro.

Restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

17) Autista a disposizione per vita quotidiana

Qualora l'Assicurato, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per

permettere all'Assicurato convalescente di raggiungere le destinazioni da questo prescelte.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo € 500,00 per Sinistro.

Restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

18) Collegamento continuo con l'Istituto di Cura

Su specifica richiesta, la Struttura Organizzativa provvederà ad aggiornare i Familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assicurato, fornendo le notizie cliniche di cui è venuta a conoscenza successivamente al collegamento telefonico diretto tra i propri medici ed il medico curante sul posto. La Prestazione è operante previa acquisizione della liberatoria firmata dall'Assicurato.

19) Ricongiungimento

Qualora un Familiare residente con l'Assicurato, trovandosi in Viaggio, necessiti di rientrare presso la Residenza per ricongiungersi con l'Assicurato, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione del Familiare un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

La Prestazione è operante entro i 90 giorni successivi alla data del Sinistro

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

20) Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato subendo l'Infortunio in Viaggio, sia accompagnato da minori di 15 anni e si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un Familiare, residente nel Territorio italiano, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla Residenza.

L'Assicurato dovrà comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del Familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

Restano a carico dell'Assicurato le eventuali spese di soggiorno del Familiare.

21) Spese d'albergo

Qualora l'Assicurato subendo l'Infortunio in Viaggio, sia accompagnato da Familiari, la Struttura Organizzativa provvederà a ricercare e prenotare un albergo per i Familiari stessi nella località più vicina all'Istituto di Cura presso cui è ricoverato l'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

22) Rientro dei Familiari

Qualora l'Assicurato si trovi in Viaggio accompagnato da Familiari e non sia necessaria la loro presenza in loco, la Struttura Organizzativa, qualora i Familiari non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, metterà a loro disposizione un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) per rientrare alla propria Residenza nel Territorio italiano.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

23) Viaggio di un Familiare

Qualora l'Assicurato necessiti di un Familiare accanto per essere da questo assistito presso l'Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un Familiare, residente in Territorio italiano, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Istituto di Cura presso cui è ricoverato l'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro.

24) Soggiorno di un Familiare

A seguito dell'erogazione della Prestazione "Viaggio di un Familiare", qualora necessario, la Struttura Organizzativa provvederà a ricercare e prenotare un albergo per il Familiare nella località più vicina all'Istituto di Cura presso cui è ricoverato l'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, con un limite di € 500,00 per Sinistro.

25) "Persona amica" per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani

Qualora l'Assicurato necessiti, successivamente al Ricovero in Istituto di Cura, di una "persona amica" per prendersi cura dei figli minori, Familiari portatori di handicap o persone anziane con età superiore ai 70 anni, con lui conviventi, la Struttura Organizzativa fornirà alla persona indicata dall'Assicurato, residente in Territorio italiano, un biglietto aereo (classe economica) oppure biglietto ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e/o altro mezzo di trasporto necessario per raggiungere la Residenza dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico della persona affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

La Prestazione è operante entro i 90 giorni successivi alla data del Sinistro.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro.

26) Invio Taxi

Qualora i Familiari dell'Assicurato, che si trovino, anche temporaneamente, presso la Residenza dell'Assicurato nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, abbiano manifestato necessità di effettuare degli spostamenti, la Struttura Organizzativa organizzerà il servizio di taxi.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 3 corse di taxi per Sinistro, con il sottolimito di € 50,00 per ciascuna corsa.

Non sono previsti frazionamenti del Massimale a disposizione.

27) Invio collaboratore/trice familiare

Qualora l'Assicurato, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa invierà un collaboratore/trice familiare presso la Residenza.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro.

28) Traduzione della cartella clinica

Qualora l'Assicurato usufruisca della Prestazione "Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato", la Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria e provvederà alla traduzione della stessa per permettere ai medici dell'Istituto di Cura di destinazione di recepire le informazioni necessarie per la pronta presa in carico della patologia diagnosticata.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro.

29) Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato, a seguito delle dimissioni dall'Istituto di Cura, necessiti di rientrare alla propria Residenza, la Struttura Organizzativa provvederà all'organizzazione del trasporto con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa riterranno più idoneo tra i seguenti:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa. In caso contrario, qualora il mezzo individuato dalla Struttura Organizzativa e le circostanze lo permettano, l'Assicurato potrà essere accompagnato da un Familiare.

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 5.000,00 per Sinistro.

30) Consulenza psicologica

Qualora l'Assicurato, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, necessiti di una consulenza psicologica, potrà mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Si precisa che tale consulto non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

31) Reperimento Assistenza Infermieristica

Qualora l'Assicurato, durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura, necessiti di Assistenza Infermieristica, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà al suo reperimento.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi all'attività svolta dal professionista.

32) Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, subendo l'Infortunio in Viaggio, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria Residenza alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, previo ricevimento di adeguata documentazione medica attestante la necessità della Prestazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di 10 (dieci) giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60,00 al giorno.

3.2 Disciplina delle prestazioni valide per tutte le forme contrattuali

La garanzia è prestata nelle seguenti modalità:

- In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio italiano superiore a 90 giorni, la copertura si intende sospesa.**
- La garanzia è prestata non più di **una volta per tipo di Prestazione per singolo Sinistro**, per un massimo di tre *Sinistri* per annualità assicurativa.
- Restano a carico del Cliente eventuali eccedenze rispetto al Massimale indicato all'interno di ciascuna Prestazione.**
- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, **la Compagnia non è tenuta a fornire Prestazioni o rimborsi alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.**
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.**
- Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, **il diritto alle Prestazioni fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.**
- Ogni diritto nei confronti della *Compagnia* si prescrive entro il termine di due anni dalla data del *Sinistro* che ha dato origine al diritto alla Prestazione, **in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.**
- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai *Sinistri* formanti oggetto della presente copertura, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *Sinistro*.
- A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di Prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra Impresa di Assicurazione, **è fatto obbligo di dare avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice nel termine di tre giorni a pena di decadenza dal diritto alla Prestazione.** Nel caso in cui l'Assicurato attivasse altra impresa, le Prestazioni previste dalla presente Polizza saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato direttamente la Prestazione.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nel presente articolo, si applicano le disposizioni di legge.

Dove vale la copertura?



3.3. Validità territoriale

Salvo diverse indicazioni specificate all'interno delle singole prestazioni, la garanzia Assistenza vale negli Stati membri dell'Unione Europea (compresa Svizzera e Gran Bretagna).



Che cosa non è assicurato?

3.4. Esclusioni

La Prestazione non è operante in caso di *Sinistro* causato direttamente od indirettamente da:

- a. svolgimento di professioni a *Rischio*, ovvero: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi e forze armate dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense;
- b. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, *Cyberterrorismo*;
- d. dolo dell'*Assicurato*;
- e. suicidio o tentato suicidio;
- f. *Infortuni* derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli *Infortuni* sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo agonistico e/o professionale;
- g. *Malattie mentali* e *Malattie nervose*;
- h. *Malattie* dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- i. ogni patologia preesistente;
- j. *Malattie* e *Infortuni* conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- k. l'espianto e/o il trapianto di organi;

La copertura non opera inoltre in caso di:

- dimissioni volontarie dell'*Assicurato* contro il parere dei sanitari dell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato;
- rinuncia o ritardo da parte dell'*Assicurato* nell'accettare le Prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa;
- circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il *Rischio* alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo. Pertanto tutte le Prestazioni erogate per tramite della Struttura Organizzativa saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

Le Prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, o che comunque fossero indicati come Paesi sconsigliati nelle comunicazioni ufficiali del Ministero degli Esteri e nel sito web www.viaggiareassicuri.it.



Cosa fare in caso di Sinistro?

3.5 Denuncia di *Sinistro*

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'*Assicurato*, in caso di *Sinistro*, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24:

- telefonando al **Numero Verde 800 181515** o al **Numero: +39 015 2559790** (valido anche dall'estero)
- oppure scrivendo attraverso le seguenti modalità:
- per posta ordinaria a:
Mapfre Asistencia S.A.
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)
 - per posta elettronica all'indirizzo mail a:
assistenza@mapfre.com
 - attraverso fax al numero: +39 015 2559604

In ogni caso si dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- numero della *Polizza*;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l'*Assicurato* nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'*Assicurato* - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Ove richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) di giustificativi, fatture e/o ricevute delle spese.

In ogni caso, l'intervento dovrà essere sempre richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tabella 1)

Tabella di valutazione medico-legale

Testo unico delle disposizioni per l'Assicurazione obbligatoria contro gli *Infortuni* sul lavoro e le *Malattie* professionali

Tabella di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione Inail DPR 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio destro al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	

Tabella di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione Inail DPR 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in semipronazione	30	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in pronazione	35	30
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in supinazione	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in semipronazione	40	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in pronazione	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in supinazione	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in semipronazione	22	18
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in pronazione	25	22
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Perdita della voce	35	

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

Tabella 2)

Tabella Indennizzo Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 35%

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

Tabella 3)

Classificazione delle Attività professionali

Se un Assicurato svolge più Attività professionali, occorre riportare in Polizza, quella relativa alla classe professionale di rischio più elevata.

Classe professionale 1^a

Rientrano in questa classe professionale le seguenti attività:

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

Classe professionale 2^a

Rientrano in questa classe professionale le seguenti attività:

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

Classe professionale 3^a

Rientrano in questa classe professionale le seguenti attività:

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

Classe professionale 4^a

Rientrano in questa classe le seguenti *Attività professionali*:

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

Allegato 4

Modulo di denuncia del Sinistro

Gentile cliente,

abbiamo predisposto questo modulo per semplificare la denuncia del *Sinistro* e rendere più veloce la liquidazione del danno.

La invitiamo a compilarlo con attenzione e a consegnarlo o inviarlo preferibilmente al suo *Intermediario assicurativo* entro 5 giorni da quando l'*Infortunio* si è verificato o da quando ne abbia avuto la possibilità.



Zurich COVER+

Da inoltrare all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza.

Polizza numero: _____

Assicurato: _____
(nome cognome o ragione sociale)

Contatti: _____
(telefono, email)



Descrizione

Indicare di seguito:

- descrizione dell'evento, giorno, ora, dell'*Infortunio*, delle cause che lo hanno provocato, del luogo, cause e conseguenze del *Sinistro*
- generalità delle persone coinvolte, inclusi eventuali testimoni e potenziali corresponsabili
- giorno e ora in cui è accaduto
- esistenza di eventuali altre *Assicurazioni* a copertura del medesimo *Rischio* (se possibile indicare numero di *Polizza* e *Compagnia*)



Modulistica

Allegare:

- primo certificato medico (e successivi) contenente diagnosi e prognosi della ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'*Assicurato*;
- certificato di guarigione clinica attestante l'eventuale stabilizzazione di postumi di *Invalidità permanente*;
- eventuale documentazione di inchieste, indagini, procedimenti giudiziari, accertamenti in essere o conclusi presso le pubbliche autorità relativamente alle circostanze del *Sinistro*;
- fotocopia della patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida dei veicoli;
- in caso di *Ricovero*, la cartella clinica.

Se l'*Infortunio* ha causato la morte dell'*Assicurato*, immediatamente o durante il periodo di cura, oltre a quanto sopra, dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'*Assicurato*, se necessario;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti l'eventuale presenza di un testamento e l'identità degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i *Beneficiari*, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* dall'obbligo di reimpiego

dalla quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;

- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *Sinistro*;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'identificazione del *Beneficiario/i*;
- dichiarazione scritta di non gravidanza della vedova, se in età fertile;
- copia dei verbali dell'eventuale intervento della Autorità;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione o sentenza di divorzio, se espressamente richiesto.
- medica e, in caso di *Ricovero*, cartella clinica;

Se l'*Assicurato* muore per cause diverse dall'*Infortunio* prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari per la quantificazione dell'*Invalidità permanente*, il/i *Beneficiario/i* devono inviare:

- un certificato di guarigione o altro equivalente che attesti la stabilizzazione dei postumi (ad esempio, una relazione medico – legale o certificazioni INAIL) e tutta la documentazione medica;
- cartella clinica in caso di *Ricovero*;
- attestazione che la causa del decesso è oggettivamente estranea rispetto all'*Infortunio*.



Consenso al trattamento dei dati

Preso atto dell'informativa ricevuta in ordine al trattamento dei *Dati personali* come previsto dal Regolamento EU n. 2016/679 e s.m.i., acconsento/iamo al trattamento dei *Dati personali* inclusi quelli appartenenti alle categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy e contenuti nella presente denuncia di *Sinistro* e relativi allegati. Acconsento/iamo altresì, per le finalità di gestione del *Sinistro*, alla comunicazione di detti dati ad avvocati, periti, accertatori, *Intermediari assicurativi*, brokers. *Compagnie* di *Assicurazione*, IVASS, UCI, nonché se necessario per la gestione, al loro trasferimento all'estero. Tale consenso è subordinato al rispetto della vigente normativa.

Data e luogo _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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
Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

modello P.0371.SET INFORMATIVO - ed. 01.2023

