

Zurich Infortuni Aziende Key Man

Contratto di Assicurazione Morte ed
Invalidità Permanente derivante da Infortunio
Invalidità Permanente derivante da Malattia,
Rimborso Spese Mediche, Assistenza e Tutela Legale.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 05.2026
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 05.2026
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 05.2026, redatte secondo le "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili" del tavolo tecnico ANIA

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



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

Che tipo di assicurazione è?

La Polizza assicura il Rischio Morte e Invalidità Permanente da Infortuni, il Rischio di Invalidità Permanente derivante da Malattia, il Rimborso delle Spese Mediche, Assistenza e Tutela Legale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Infortuni:** le conseguenze degli Infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento delle attività professionali ed extra professionali.
- ✓ **Garanzia Morte:** prevede il pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o agli eredi legittimi per la Morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio:** prevede un Indennizzo in base al grado di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, proporzionato alla Somma assicurata indicata in Polizza. Il grado di Invalidità Permanente da Infortunio è determinato secondo le percentuali contenute nella Tabella medico-legale INAIL.
- ✓ **Garanzie aggiuntive sempre attive:** Ernie traumatiche da Infortunio - Menomazioni estetiche da Infortunio - Malattie tropicali e Malaria - Rischio guerra all'estero - Rottura sottocutanea dei tendini - Critical Illness - Ulteriori rimborsi - Morte presunta-Anticipo sugli Indennizzi - Malattie professionali-Recovery hope - Rischi sportivi particolari - Retraining.
- ✓ **Invalidità Permanente da Malattia:** prevede un Indennizzo in base alla percentuale di Invalidità Permanente causata da Malattia. La Malattia deve Manifestarsi almeno 90 giorni dopo la data di effetto della Polizza. Il grado di Invalidità Permanente da Malattia è determinato secondo le percentuali contenute nella Tabella di valutazione medico-legale INAIL.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche:** le spese sostenute per Ricoveri e Prestazioni di Alta diagnostica, Visite specialistiche, Protesi ortopediche, acustiche, oculari e Terapie oncologiche a seguito di Malattia o Infortunio.
- ✓ **Assistenza:** Assistenza 24 ore su 24 in caso di Infortunio e Malattia dell'Assicurato con possibilità di personalizzare la copertura in base alle proprie esigenze scegliendo tra la Forma Base, la Forma Plus e la Forma Top.
- ✓ **Tutela legale:** Assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato. È sempre attiva la garanzia consulenza legale telefonica.

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



Che cosa non è assicurato?

Per tutte le sezioni: il Contraente con Sede legale o Residenza al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Per le Sezioni Infortuni non sono assicurati:

- ✗ Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.
- ✗ Malattie mentali, psichiatriche, le forme maniaco depressive, la schizofrenia, gli stati paranoidi e i disturbi della sfera psicologica, morbo di Alzheimer, epilessia.

Per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia non sono assicurati:

- ✗ Malattie mentali, psichiatriche, le forme maniaco depressive, la schizofrenia, gli stati paranoidi e i disturbi della sfera psicologica, morbo di Alzheimer, epilessia, demenze e alterazioni patologiche organiche del cervello.

Per la Sezione Rimborso Spese Mediche non sono assicurati:

- ✗ Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.
- ✗ Malattie mentali ad eccezione di quelle che comportano un Intervento chirurgico.

La sezione Assistenza è sospesa se l'Assicurato è fuori dal Territorio Italiano per più di 90 giorni consecutivi.



Ci sono limiti di copertura?

La sezione Infortuni esclude gli infortuni causati da:

- ! attività sportive professionistiche, incluse partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove, in cui l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.
- ! pratica delle seguenti attività temerarie:
 - alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) o di difficoltà equivalente, freeclimbing
 - sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri), volo acrobatico, parapendio e paracadutismo
 - immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia
 - speleologia

La Sezione Invalidità Permanente da Malattia esclude:

- ! AIDS
- ! Malattie tropicali
- ! Intossicazioni causate da alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni

- ! Trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche
- ! Trasformazioni (dirette o indirette) o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati; accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.)
- ! Contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che sono nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o Cyberterrorismo, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare
- ! Malattie, malformazioni e stati patologici che hanno richiesto cure, esami o Diagnosi prima della firma della Polizza.

La Sezione Rimborso Spese Mediche esclude:

- ! gli infortuni dovuti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato;
- ! gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ! l'aborto volontario non terapeutico;
- ! le Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o se conseguente ad Intervento Chirurgico oncologico);
- ! l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici
- ! le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- ! le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, atti di terrorismo;
- ! gli infortuni derivanti da sport aerei;
- ! il Rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- ! le spese, in genere, non conseguenti ad una alterazione dello stato di salute;
- ! le Prestazioni non effettuate da medici;
- ! gli Infortuni e Malattie derivanti dallo svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata;
- ! Malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio anteriormente alla stipula della Polizza;
- ! le spese di natura alberghiera in caso di cure termali;
- ! le Malattie preesistenti;
- ! la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso non è considerato Day Hospital;
- ! non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Assistenza - Le Prestazioni **non sono erogate** in caso di Sinistro causato da guerra, Terremoti, inquinamento, calamità naturali, fenomeni atomici e radiazioni; scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, Atti di terrorismo, Cyberterrorismo e vandalismo; dolo, suicidio o tentato suicidio; malattie dovute a gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; patologie preesistenti; malattie mentali e nervose; espanto e/o trapianto di organi; infortuni avvenuti durante attività di : alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti temerari, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti; infortuni avvenuti per attività sportive svolte a titolo professionale; Infortuni e Malattie conseguenti allo svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata; dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari; rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le Prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa; abuso di alcolici, psicofarmaci, stupefacenti e allucinogeni. Non operano in caso di circostanze eccezionali con misure restrittive da autorità competenti; malattie che si manifestano nei 30 giorni successivi all'effetto della Polizza.

Tutela legale - Sono **escluse** le controversie per: disastro ecologico, atomico, radioattivo, fatti causati da eventi bellici, Atti di terrorismo, tumulti popolari, pandemia, scioperi, serratte, stato di calamità naturale o di allarme; se il Valore è inferiore a 500 euro; materia amministrativa fiscale e tributaria; dolo dell'Assicurato; diritto di famiglia delle successioni e donazioni e gli atti di volontaria giurisdizione; diritto civile ad eccezione di quanto indicato in Polizza; nei confronti di imprese di assicurazione private; controversie di lavoro. Sono escluse le spese: (1) non concordate con DAS secondo le regole di denuncia del Sinistro; (2) per la gestione di controversie in cui sono incaricati professionisti diversi da quelli autorizzati da DAS; (3) del legale e del consulente di parte per attività non svolte e dettagliate in parcella o eccedono i compensi come da DM n. 147/2022; (4) di Viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato; (5) rimborsate dalla controparte; (6) per l'intervento di ulteriori legali nello stesso grado di giudizio; (7) per sanzioni; (8) di natura fiscale (salva l'IVA indetraibile nelle fatture); (9) dovute da altri soggetti debitori posti a carico dell'assicurato; (10) per esecuzione forzata di un titolo esecutivo oltre il secondo tentativo.



Dove vale la copertura?

- ✓ **Infortuni, Invalidità Permanete da Malattia e Rimborso Spese Mediche**, valgono in tutto il mondo.
- ✓ **Assistenza**: le seguenti Prestazioni valgono solo in Italia: Invio di un medico/pediatra a Domicilio, Trasporto presso unCentro medico, Prescrizione medica, Consegna farmaci a Domicilio, Analisi a Domicilio, Ecografie e radiografie a Domicilio, Invio di un operatore per assistenza sanitaria al Domicilio, Invio di un operatore per assistenza sanitaria presso la struttura ospedaliera, Invio di un fisioterapista, Invio infermiere, "Persona amica" per assistenza a figli minori, familiari portatori di handicap, anziani; la seguente prestazione vale in tutto il mondo ad eccezione del Territorio Italiano: Interprete a disposizione; tutte le altre Prestazioni valgono in tutto il mondo.
- ✓ **Tutela Legale**: vale per i seguenti paesi in cui è accaduto l'evento e in cui il Sinistro è processualmente trattato: negli Stati membri dell'Unione Europea, Svizzera, Principato di Monaco, Liechtenstein, Andorra, Regno Unito, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano. La Consulenza legale telefonica e la certificazione dei contenuti digitali valgono in Italia.



Che obblighi ho?

Alla firma della Polizza il Contraente e l'Assicurato devono fornire a Zurich informazioni veritiere, precise e complete sul Rischio da assicurare, come ad esempio le dichiarazioni riportate nel Questionario anamnestico. Se durante il Periodo di Assicurazione si verificano fatti che aumentano o diminuiscono il Rischio rispetto alla situazione iniziale, Contraente e Assicurato devono subito avvisare l'Intermediario assicurativo o Zurich. Non rispettare questi obblighi può comportare la perdita, in tutto o in parte, del diritto all'Indennizzo, l'annullamento della Polizza o il Recesso da parte di Zurich (articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).

Se hanno sottoscritto o quando sottoscriveranno altre assicurazioni per lo stesso Rischio, il Contraente e l'Assicurato devono avvisare per iscritto l'Intermediario assicurativo o Zurich (articolo 1910 del Codice Civile). Non rispettare questi obblighi può comportare il mancato pagamento dell'Indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato all'Intermediario assicurativo o a Zurich quando si firma la Polizza.

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione,

Il Premio comprende le imposte e può essere pagato con carta di debito o di credito, bonifico bancario, assegno bancario o circolare, denaro contante entro i limiti stabiliti dalla legge.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione inizia dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato in Polizza se il Premio è stato pagato entro tale data, in caso contrario l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui avviene il pagamento. L'Assicurazione finisce alle ore 24 del giorno di scadenza indicato in Polizza.

L'Assicurazione ha durata Annuale. Non sono previste durate poliennali. Per le Polizze con durata annuale. Alla scadenza si applica il tacito rinnovo per 1 Anno.

Zurich può proporre per iscritto una modifica del Premio assicurativo ogni Anno, avvisando almeno 60 giorni prima della scadenza. Se il Contraente paga il nuovo Premio, accetta la proposta e il contratto si rinnova per un altro Anno. Se invece non paga, il contratto termina alla scadenza senza bisogno di Disdetta.

Nel caso in cui il Contraente trasferisce la sua Sede legale o Residenza all'estero, l'Assicurazione termina il giorno del trasferimento e il Contraente non ha diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.



Come posso disdire la Polizza?

Polizza con rinnovo annuale automatico: la Disdetta deve essere comunicata all'Intermediario assicurativo o a Zurich almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Annualità assicurativa.

Recesso per Sinistro: sia il Contraente sia Zurich possono recedere dopo un Sinistro entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo. Il Recesso ha effetto dopo 30 giorni dalla data in cui è stata ricevuta la comunicazione. Per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia e Rimborso Spese Mediche, il Recesso per Sinistro non è possibile.

Modalità di Disdetta e Recesso: in tutti i casi la Disdetta o il Recesso devono essere comunicati con **posta elettronica certificata (PEC) o raccomandata con ricevuta di ritorno.**

Assicurazione Infortuni e Malattia

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

Prodotto: Zurich Infortuni Aziende Key Man
Data di ultimo aggiornamento: maggio 2026.
Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Zurich Insurance Europe AG. Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania Registro del Tribunale di Francoforte HRB 133359 - Sottoposta alla vigilanza di BaFin, Autorità Federale di Supervisione dei Servizi Finanziari - Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661. 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.europe@pec.zurich.it

Con riferimento al bilancio di esercizio 2024 della Zurich Insurance Europe AG, il patrimonio netto, definito applicando i principi contabili tedeschi, è pari a 546,5 milioni di euro, mentre il risultato economico di periodo è pari a 23,25 milioni di euro. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) di Zurich Insurance Europe AG è pari al 141%.

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>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

SEZIONE INFORTUNI

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

SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Ricovero con Intervento chirurgico, Alta diagnostica, Visite specialistiche ed analisi, Terapie oncologiche, Ticket, Rimborso spese per soggetti non autosufficienti, Rimpatrio salma, Indennità sostitutiva, Rischio guerra all'estero

SEZIONE: ASSISTENZA

L'Assicurato può richiedere l'erogazione di ciascuna tipologia prestazione fino a **1 volta per singolo Sinistro con un massimo di 3 Sinistri** per prestazione per Periodo assicurativo ad eccezione delle seguenti Prestazioni "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato": dove può richiedere massimo **1 Sinistro per Periodo assicurativo**, "Consegna farmaci a Domicilio" dove può richiedere **2 Prestazioni per Sinistro** Zurich garantisce, nei limiti dei sinistri di ciascuna Prestazione: **Forma BASE** Assistenza medica telefonica generica, Assistenza pediatrica telefonica generica, Video consulto medico, Invio di un medico/pediatra a Domicilio, Trasporto presso un Centro medico **fino a 200 km A/R**, Prescrizione medica, Consegna farmaci a Domicilio, Care Management, Consultant service – "conciierge" dalle ore 09:00 alle 18:00. **Forma PLUS:** Trasferimento in centro ospedaliero attrezzato: **euro 3.000 in Italia, euro 10.000 all'estero**, Interprete a disposizione, Rimpatrio salma: **euro 2.000 in Italia, euro 4.000 all'estero**, Prolungamento del soggiorno: massimo **10 giorni** e **euro 1.000**, Collegamento continuo con l'Istituto di cura, Spese d'albergo e Soggiorno di un Familiare: euro 80 al giorno con il massimo di **euro 1.000**, Rientro dei Familiari, Viaggio di un Familiare, Ricongiungimento entro 90 giorni dalle dimissioni, Accompagnamento di minori, Autista a disposizione per Infortunio e Malattia lontani dall'Abitazione: **euro 500 per Sinistro; Rientro del convalescente: euro 5.000 per Sinistro; Massimale unico a consumo euro 2.500 per:** Assistenza durante e post Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Analisi a Domicilio, Ecografie e radiografie a Domicilio, Invio di un operatore per assistenza sanitaria al Domicilio, Invio di un operatore per assistenza sanitaria presso la struttura ospedaliera, Persona amica" per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani, Invio di un fisioterapista, Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e Cure mediche, Invio infermiere, Autista a disposizione per la vita quotidiana, Video consulto per secondo parere medico rispetto a terapia in corso.

Forma TOP: Video consulto medico specialistico: **massimo 5 videoconsulti**; Secondo Parere Medico: **euro 1.000 per Sinistro e Anno**; Primo colloquio di consulenza psicologica: **1 prestazione per Sinistro**; Traduzione cartella clinica; Fornitura di ausili sanitari o ortopedici in Italia: **massimo 90 giorni**; **Massimale unico a consumo euro 2.500 per:** Invio taxi, Invio collaboratore/trice Familiare Invio pet sitter (cane e gatto): **massimo 5 giorni**, Custodia dell'animale (cane e gatto) presso un parente: entro **50 km**; **6 consulti** per Assistenza psicologica per cyber bullismo, Assistenza psicologica per disturbi alimentari o per isolamento sociale Volontario, Assistenza psicologica per reati violenti; Sistemazione provvisoria in caso di reati violenti: **euro 1.000 per Sinistro e Anno**.

SEZIONE: TUTELA LEGALE

Nel limite del Massimale per Sinistro indicato in Polizza, Zurich garantisce: (1) onorari di un legale domiciliatario, se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia (**Massimale 3.000 euro**) (2) spese per l'esecuzione forzata di ciascun titolo esecutivo, per un massimo di **2 tentativi**.



Che cosa NON è assicurato?

SEZIONE INFORTUNI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

- atti di autolesionismo e suicidio commessi o tentati dall'Assicurato, dai Beneficiari o dagli aventi diritto
- trasformazioni energetiche dell'atomo, accelerazioni di particelle atomiche
- le infezioni e le Malattie pandemiche o epidemiche
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.
- guida di veicoli e natanti a motore sotto l'influenza dell'alcool con tasso alcolemico superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione del tasso alcolemico rilevato se l'Assicurato ha rifiutato di sottoporsi al test
- infarti e le ernie di qualsiasi tipo
- insurrezioni e fatti di guerra
- le conseguenze degli Infortuni avvenuti a causa di crisi ipoglicemiche o iperglicemiche in un Assicurato con diabete mellito insulinodipendente
- Atto di forza

SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- le cure dentarie e relative spese per interventi, accertamenti, visite specialistiche, cura della parodontite e protesi dentarie ad eccezione di quelle conseguenti a lesioni da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- le conseguenze degli Infortuni avvenuti a causa di crisi ipoglicemiche o iperglicemiche in un Assicurato con diabete mellito insulinodipendente;
- visite odontoiatriche ed ortodontiche.

SEZIONE ASSISTENZA

Sono **esclusi** per le Prestazioni: **Invio di un medico/pediatra a Domicilio** le cure, gli esami, le ulteriori visite e i medicinali prescritti dal medico; **Consegna farmaci a Domicilio**: i costi dei medicinali o degli articoli sanitari; **Care Management**: i costi delle prenotazioni e le Prestazioni; **Trasferimento in centro ospedaliero attrezzato**: le lesioni che i medici ritengono curabili presso l'unità ospedaliera della Regione dove è avvenuto il Sinistro, le terapie riabilitative; **Rimpatrio della Salma**: le spese per la cerimonia e il recupero della salma; **Autista a disposizione per Infortunio e Malattia lontani dall'Abitazione** e **Autista a disposizione per la vita quotidiana**: i costi del carburante e i pedaggi; **Analisi a Domicilio** e **Ecografie e radiografie a Domicilio**: i costi degli esami; **Fornitura di ausili sanitari o ortopedici nel Territorio Italiano**: i costi del noleggio o dell'acquisto.

Sono altresì escluse le Malattie che si manifestano nei 30 giorni successivi all'effetto della Polizza.

SEZIONE: TUTELA LEGALE

La garanzia è esclusa se l'Infortunio o la Malattia derivano da un Evento accaduto mentre l'Assicurato era alla guida di un veicolo se:

- l'Assicurato non è abilitato alla guida, è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o, di fuga o di omissione di soccorso, guida un veicolo sottoposto a fermo amministrativo, il veicolo non è coperto da Assicurazione obbligatoria RCA o usato in modo difforme da immatricolazione.



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE INFORTUNI

Le garanzie possono prevedere Limiti di Indennizzo, Somme assicurate, Massimali, Scoperti o Franchigie indicati nelle Condizioni di Assicurazione o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Caso INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO: Fino a 1.000.000 euro di Somma assicurata, Zurich non riconosce l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente è pari o inferiore al 3% del totale;

Se l'Invalidità Permanente è superiore al 3% ma pari o inferiore al 10%, Zurich corrisponde l'Indennizzo solo sulla parte che supera il 3%; Se l'Invalidità Permanente è superiore al 10%, Zurich riconosce l'intero Indennizzo senza applicare alcuna Franchigia.

Per somme assicurate oltre 1.000.000 euro e fino a 2.000.000 euro,

Zurich non riconosce l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente è pari o inferiore al 10%,

Se l'Invalidità Permanente è tra il 10% e il 25%, Zurich paga solo per la parte che supera il 10%. Se l'Invalidità Permanente è superiore al 25%, Zurich paga senza applicare alcuna Franchigia.

Per calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, sport equestri, tuffi, pentathlon moderno, hockey in genere, rugby, football americano, sci non estremo, non è riconosciuto l'indennizzo quando l'invalidità permanente è uguale o inferiore al 5%; se superiore al 5%, l'indennità è corrisposta per la parte eccedente.

Per la garanzia Morte il limite di Indennizzo è scelto dal Contraente ed indicato in Polizza fino ad un massimo di 1.500.000 euro. Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio il limite di Indennizzo è scelto dal Contraente ed indicato in Polizza fino ad un massimo di 2.000.000 euro.

LIMITI VALIDI PER TUTTE LE OPZIONI:

Ernie traumatiche da Infortunio: Zurich paga solo l'Invalidità permanente accertata, fino al 10% dell'Invalidità permanente totale, in base alla Tabella di Indennizzo medico-legale INAIL. **Rottura sottocutanea dei tendini** - Zurich paga la sola garanzia Invalidità permanente da Infortunio con un grado di invalidità del 4% con il massimo **8.000 euro** per Sinistro; **Malattie tropicali e malaria:** Zurich non paga alcun Indennizzo per l'Invalidità permanente accertata uguale o inferiore al 15% della totale; se invece il grado di Invalidità permanente è superiore al 15% della totale si applica la Tabella di Indennizzo medico-legale INAIL, fino alla Somma assicurata indicata in Polizza per la garanzia Invalidità permanente da Infortunio con il limite di **500.000 euro per Annualità e per Sinistro; Menomazioni estetiche da Infortunio - Limite di Indennizzo: 7.500 euro** per Assicurato e per Annualità; **Retraining** Limite di Indennizzo: **5.000 euro** per Assicurato; **Critical Illness** - Limite di Indennizzo: **15.000 euro**. La garanzia vale solo se la patologia insorge dopo la data di inizio dell'Assicurazione; **Ulteriori rimborsi** - Limite di Indennizzo: **5.000 euro** per Assicurato e per Sinistro; **Anticipo Indennizzo** - Limite Indennizzo: **250.000 euro** per Annualità; **Recovery hope - Limite Indennizzo:** In caso di coma, Zurich paga un Indennizzo alternativo e sostitutivo a quello previsto in Polizza per la Morte da Infortunio. Se l'Assicurato rimane in coma ininterrotto non indotto o farmacologico, dopo un Infortunio, per più di 10 giorni consecutivi, Zurich paga una Diaria di **100 euro** per ogni giorno di coma, fino a un massimo di **100 giorni** consecutivi; **Rischi sportivi particolari - Limite Indennizzo:** Zurich applica una Franchigia assoluta del 5% e un sotto limite del 50% della Somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di **100.000 euro**;

Malattie professionali – Limite Indennizzo: L'Assicurazione copre anche le Malattie professionali che si manifestano durante la validità del Contratto e che riducono la capacità lavorativa di oltre il 10%. Sono escluse le conseguenze, dirette o indirette, della trasmutazione provocata dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. **Morte presunta:** Zurich paga l'Indennizzo se sono passati almeno 6 mesi dalla domanda di morte presunta. **Rischio guerra all'estero:** estensione della garanzia prestata all'estero agli infortuni derivanti da stato di guerra per un massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;

SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Zurich paga un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in funzione del grado di invalidità accertata e applica le percentuali indicate nelle Tabelle indicate in Polizza. Zurich non riconosce l'Indennizzo se la percentuale di Invalidità accertata è uguale o inferiore al **24%**.

Per la garanzia Invalidità permanente da Malattia il limite di Indennizzo è scelto dal Contraente ed indicato in Polizza fino ad un massimo di **700.000 euro**.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE VALIDA PER TUTTE LE OPZIONI

Ricovero con o senza intervento, Day Hospital e Intervento Ambulatoriale - No Franchigia in rete, **750 euro** fuori rete; **Retta di degenza** fuori rete **Limite 350,00 euro**; limite di Indennizzo: **500.000 euro**; **Correzione Miopia** - Limite di Indennizzo: **2.000 euro** per occhio; **Accompagnatore** - Limite di Indennizzo: **80 euro al giorno, massimo 40 giorni**; **Trasporto malato** - Limite di Indennizzo di **3.000 euro**; **Parto naturale** - Limite di Indennizzo di **3.000 euro**; **Parto cesareo ed aborto terapeutico**: Limite di Indennizzo: **5.000 euro**; **Rimpatrio salma** - Limite di Indennizzo di **2.000 euro**; **Indennità sostitutiva** - Limite di Indennizzo: **300 euro al giorno**; **Prestazioni specialistiche di alta diagnostica** - forma diretta Scoperto 20% minimo **100 euro** e forma indiretta Scoperto 25% minimo **150 euro**; Limite di Indennizzo: **10.000 euro**; **Visite specialistiche ed analisi** - forma diretta Scoperto 20% minimo **80 euro** e forma indiretta Scoperto 25% minimo **100 euro**; Per quanto riguarda le **visite pediatriche, a seguito di Infortunio o Malattia, è inclusa esclusivamente una visita per Anno**; Limite di Indennizzo: **5.000 euro con il limite giornaliero di 35 euro al giorno con il massimo di 525 euro, per l'assistenza medico-infermieristica a Domicilio**; **Terapie oncologiche** - Limite di Indennizzo: **7.500 euro**; **Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche**: Limite di Indennizzo: **3.000 euro**; **Rimborso spese per soggetti non autosufficienti** - Limite di Indennizzo: **10.000 euro**.

Rischio guerra all'estero: estensione della garanzia prestata all'estero agli infortuni derivanti da stato di guerra per un massimo di **14 giorni** dall'inizio delle ostilità;

SEZIONE ASSISTENZA

Consegna farmaci a Domicilio - farmaci in classe A e H.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a Persone fisiche (titolari di un'attività economica e Partita IVA) e giuridiche che vogliono tutelare le Figure apicali della propria azienda dalle conseguenze economiche derivanti da Morte da Infortunio, Infortunio professionale ed extra professionale, Invalidità Permanente da Malattia e Rimborso delle spese mediche in caso di Malattia o Infortunio.

Se hai **75 anni o più**, Zurich valuterà se puoi accedere al prodotto.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli Intermediari è del **22%**, calcolato sul Premio lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a: Zurich Insurance Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia - "Ufficio Gestione Reclami" - Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - E-mail: reclami@zurich.it PEC: reclami@pec.zurich.it Zurich deve fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del Reclamo. Per i Reclami aventi ad 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 potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni , al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, i reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - FAX: 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio rivolgersi, con il supporto di un avvocato, ad un organismo di mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (L. 98/2013).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, secondo le modalità indicate nel D.L. n. 132/2014 (convertito in L. 162/2014).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Se previsto nelle condizioni contrattuali assicurative o in caso di successivo accordo compromissorio, le Parti possono risolvere la controversia, nominando uno o più arbitri. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

I premi corrisposti per le coperture offerte dal Contratto sono soggetti alle seguenti aliquote di imposta 2,50% per le sezioni **INFORTUNI**; 2,50% per la sezione **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**; 10% per la sezione **ASSISTENZA**; 21,25% per la sezione **TUTELA LEGALE**.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo Anno di età.

Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link <https://www.zurich.it/in-caso-di-oblio-oncologico>.

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico

Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di Assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di Assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il Rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.

Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO (PER RICHIEDERE LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI E MODIFICARE COME RICEVERE LE INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO).

Zurich Infortuni Aziende Key Man

Condizioni Contrattuali redatte secondo le "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili"
del tavolo tecnico ANIA

Indice

Guida alla lettura.....	4 di 58
-------------------------	---------

Glossario	7 di 58
-----------------	---------

Sezione 1 – Norme comuni a tutte le garanzie

In quali Paesi vale l'Assicurazione?	12 di 58
--	----------

Quando comincia e quanto dura l'Assicurazione?.....	12 di 58
---	----------

Alla scadenza, Zurich può proporre modifiche al Premio o alla Polizza?.....	13 di 58
---	----------

Posso disdire l'Assicurazione?.....	13 di 58
-------------------------------------	----------

Posso recedere dopo un Sinistro?	13 di 58
--	----------

Quando e come devo pagare il Premio?	14 di 58
--	----------

Che obblighi ho?.....	14 di 58
-----------------------	----------

Altre informazioni.....	15 di 58
-------------------------	----------

Sezione 2 - Infortuni Aziende

 Che cosa è assicurato e come?.....	17 di 58
2.1 Quali Infortuni copre l'Assicurazione	17 di 58
2.2 Garanzia MORTE DA INFORTUNIO	18 di 58
2.3 Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	18 di 58
2.4 Garanzie sempre attive	19 di 58

 Chi e che cosa non è assicurato?.....	23 di 58
2.5 Persone non assicurabili	23 di 58
2.6 Limiti di età - Cessazione delle garanzie	23 di 58
2.7 Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni.....	23 di 58

 Cosa fare in caso di Sinistro?	24 di 58
2.8 Come si denuncia il Sinistro	24 di 58

 Come è gestito il Sinistro?.....	25 di 58
2.9 Chi e come valuta il danno.....	25 di 58
2.10 Che cosa fa il medico.....	26 di 58
2.11 Tempi di gestione del Sinistro.....	25 di 58
2.12 Pagamento dell'Indennizzo.....	26 di 58
2.13 Criteri di indennizzabilità.....	26 di 58
2.14 Determinazione dell'Indennizzo.....	27 di 58

Sezione 3 - Invalidità Permanente da Malattia

 Che cosa è assicurato e come?.....	28 di 58
3.1 Quali Rischi copre l'Assicurazione.....	28 di 58

 Chi e che cosa non è assicurato?.....	28 di 58
3.2 Limiti di età - Cessazione delle garanzie	28 di 58
3.3 Sinistri che non sono coperti dalla garanzia Invalidità Permanente da Malattia	28 di 58
3.4 Periodi di Carenza.....	29 di 58

	Cosa fare in caso di Sinistro?	29 di 58
3.5	Come si denuncia il Sinistro.....	29 di 58
	Come è gestito il Sinistro?	29 di 58
3.6	Chi e come valuta il danno	29 di 58
3.7	Che cosa fa il medico	30 di 58
3.8	Tempi di gestione del Sinistro	30 di 58
3.9	Pagamento dell'Indennizzo.....	30 di 58
3.10	Criteri di indennizzabilità.....	30 di 58
3.11	Determinazione del grado di Invalidità Permanente da Malattia.....	31 di 58
3.12	Determinazione dell'Indennizzo.....	31 di 58
	Tabelle della Sezione 3 - Invalidità Permanente da Malattia	
3.13	Tabella di Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia.....	32 di 58

Sezione 4 - Rimborso Spese Mediche

	Che cosa è assicurato e come?	33 di 58
4.1	Ricovero con o senza Intervento chirurgico.....	33 di 58
4.2	Alta diagnostica.....	34 di 58
4.3	Visite specialistiche e analisi	34 di 58
4.4	Terapie Oncologiche.....	35 di 58
4.5	Protesi ortopediche, acustiche e oculari	35 di 58
4.6	Ticket servizio sanitario nazionale.....	35 di 58
4.7	Rimborso spese per soggetti non autosufficienti.....	35 di 58
4.8	Rimpatrio della salma.....	36 di 58
4.9	Indennità sostitutiva	36 di 58
4.10	Rischio guerra all'estero.....	37 di 58
	Come funziona l'Assicurazione?.....	37 di 58
4.11	Forma integrativa	37 di 58
	Chi e che cosa non è assicurato?.....	37 di 58
4.12	Persone non assicurabili.....	37 di 58
4.13	Limiti di età - Cessazione delle garanzie	37 di 58
4.14	Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Rimborso Spese Mediche.....	37 di 58
	Cosa fare in caso di Sinistro?.....	38 di 58
4.15	Come si denuncia il Sinistro.....	38 di 58
	Come è gestito il Sinistro?.....	39 di 58
4.16	Forma Diretta.....	39 di 58
4.17	Forma Indiretta	40 di 58
	Tabelle della Sezione 4 - Rimborso Spese Mediche	
4.18	Tabella di riepilogo delle condizioni delle Prestazioni	41 di 58

Sezione 5 - Assistenza

	Che cosa è assicurato e come?	42 di 58
5.1	Quando e come vi assistiamo.....	42 di 58
5.2	Assistenza Forma base: cosa copre l'Assicurazione.....	42 di 58
5.3	Assistenza Forma plus: cosa copre l'Assicurazione.....	44 di 58
5.4	Assistenza Forma Top: cosa copre l'Assicurazione	48 di 58
5.5	Norme valide per tutte le Prestazioni di Assistenza	50 di 58
	Che cosa non è assicurato?	51 di 58
5.6	Sinistri che non sono coperti dalla garanzia Assistenza.....	51 di 58
	Cosa fare in caso di Sinistro?.....	52 di 58
5.7	Come richiedere Assistenza.....	52 di 58

Sezione 6 - Tutela Legale

	Che cosa è assicurato e come?	53 di 58
6.1	Quale Rischio copre l'Assicurazione.....	53 di 58
6.2	Quali spese rimborsa DAS?.....	54 di 58
6.3	Quando comincia la copertura assicurativa e quando un Sinistro è in garanzia	54 di 58
	In quali Paesi vale l'Assicurazione?.....	55 di 58
6.4	Copertura territoriale della garanzia.....	55 di 58
	Che cosa non è assicurato?	55 di 58
6.5	Danni, eventi e circostanze che non sono coperti dalla garanzia Tutela Legale	55 di 58
6.6	Spese che DAS non paga o non rimborsa con la garanzia Tutela Legale	55 di 58
	Cosa fare in caso di Sinistro?.....	56 di 58
6.7	Come si denuncia il Sinistro	56 di 58
6.8	Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle Prestazioni assicurative.....	56 di 58
6.9	Fasi di gestione del Sinistro e scelta del legale	57 di 58
6.10	Quali responsabilità non hanno né Zurich né DA	57 di 58
6.11	Quando si ricorre all'Arbitrato	57 di 58
6.12	Tempi di pagamento dell'Indennizzo	58 di 58

Guida alla lettura

Guida alle icone



Che cosa è assicurato e come?

Descrive cosa coprono e come funzionano le singole garanzie, con le eventuali limitazioni, e indica le garanzie base e quelle aggiuntive.

Le garanzie acquistate e le loro caratteristiche sono indicate in Polizza.



Che cosa non è assicurato?

Indica danni, eventi o persone non coperti dall'Assicurazione.



Cosa fare in caso di Sinistro?

Fornisce le istruzioni dettagliate su come comportarsi in caso di Sinistro: per 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 sui tempi di accertamento del Sinistro da parte di Zurich e i tempi e le modalità di pagamento dell'Indennizzo.



In quali Paesi vale l'Assicurazione?

Indica i Paesi in cui la copertura assicurativa è valida.



Come funziona l'Assicurazione?

Indica le forme di Assicurazione applicabili alle garanzie.



Tabelle

Fornisce in forma di tabella informazioni che si riferiscono a determinate sezioni e garanzie.

In questo Set Informativo il significato delle parole con l'iniziale maiuscola è definito nel Glossario.

Decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, e oneri a carico del **Contraente** o dell'**Assicurato** sono di volta in volta **evidenziate come in questo paragrafo** o portati all'attenzione con **icone** quali:



per indicare le eccezioni,



per indicare un'informazione particolarmente importante



in caso di esclusioni



in caso di coperture

Riquadro esplicativo o box di consultazione

Nel testo si trovano riquadri, come questo, in cui possono essere inserite note, commenti o esempi per chiarire il significato e le modalità di applicazione di alcune clausole contrattuali.

Tali Informazioni non fanno parte del Contratto, ma servono esclusivamente a chiarirne il contenuto.



Guida a Zurich Infortuni Aziende Key Man

Zurich Infortuni Aziende Key Man è l'Assicurazione che protegge la Figura apicale della Contraente dalle conseguenze degli Infortuni e delle Malattie.

Il Contraente può scegliere tra quattro opzioni di copertura.

Le garanzie offerte dal prodotto Zurich Infortuni Aziende Key Man sono suddivise in cinque sezioni:

- **SEZIONE INFORTUNI:** comprende la garanzia **Morte da Infortunio** che garantisce il pagamento di una Somma assicurata ai Beneficiari o agli eredi legittimi per la Morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio e la garanzia **Invalidità Permanente da Infortunio**. L'**Invalidità Permanente da Infortunio** garantisce un Indennizzo in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertato e alla Somma assicurata scelta.

In aggiunta alle garanzie Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio, sono presenti ulteriori **garanzie aggiuntive sempre attive, come ad esempio le ernie traumatiche da Infortunio**.

Garanzie	Garanzie aggiuntive sempre attive
MORTE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	Sono garanzie sempre attive che non prevedono ulteriori costi • ERNIE TRAUMATICHE DA INFORTUNIO • MENOMAZIONI ESTETICHE DA INFORTUNIO • MALATTIE TROPICALI E MALARIA • RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO • ROTTURA SOTTOCUTANEA DEI TENDINI • CRITICAL ILLNESS • ULTERIORI RIMBORSI • MORTE PRESUNTA • ANTICIPO SUGLI INDENNIZZO • MALATTIE PROFESSIONALI • RECOVERY HOPE • RETRAINING

- **SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:** garantisce un Indennizzo in proporzione al grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato e alla Somma assicurata scelta. La Malattia deve Manifestarsi **almeno 90 giorni dopo la data di effetto** della Polizza o dopo il 90° giorno successivo alla data di inserimento di un nuovo Assicurato.
- **SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE:** comprende le Garanzie Ospedaliere e le Garanzie Extra Ospedaliere e prevedono il rimborso delle spese sanitarie a seguito di Infortunio o Malattia.
- **SEZIONE ASSISTENZA:** il servizio, fornito in collaborazione con Mapfre Asistencia, mette a disposizione un numero verde gratuito attivo tutti i giorni 24 ore su 24, al quale è possibile rivolgersi in caso di un Infortunio o di Malattia. È possibile personalizzare la copertura scegliendo tra 3 forme Base, Plus e Top. L'Assicurato può per esempio richiedere il Trasporto presso un Centro medico, avere Assistenza durante e Post Ricovero, Day Hospital e Day Surgery e ricevere supporto psicologico per cyber bullismo, per Reati violenti contro la persona, per disturbi alimentari e per sindrome Hikikomori (Isolamento sociale) o una sistemazione provvisoria a seguito di Reati violenti contro la persona.
- **SEZIONE TUTELA LEGALE:** la garanzia prevede la consulenza legale telefonica e copre le spese legali sostenute dall'Assicurato per difendere i propri diritti. Zurich affida la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alla garanzia Tutela Legale a DAS Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.

Tutto a portata di mano: app Zurich One

La tua *Assicurazione* ora è più semplice. Con l'app Zurich One hai tutte le informazioni disponibili ovunque tu vada. Registrati facilmente, bastano pochi passaggi per accedere a tutti i vantaggi dell'app:

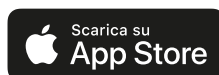
- **Tutto a portata di mano:** accedi alle tue *Polizze* dove e quando vuoi
- **Rimani sempre aggiornato:** non perderti le scadenze più importanti delle tue *Polizze*
- **Ottieni aiuto quando ne hai bisogno:** ricevi Assistenza in caso di emergenza e monitora i tuoi *Sinistri*. Ovunque ti trovi
- **Dimentica la carta:** visualizza la tua situazione assicurativa direttamente nell'app
- **C'è qualcos'altro di cui hai bisogno?** Usa il tuo canale preferito per contattarci e ricevere consigli e aiuto. Siamo sempre qui per te
- **Vivi la tua vita con serenità:** il tuo *Intermediario assicurativo* è sempre disponibile per darti indicazioni e consigli utili che rispondano alle tue esigenze assicurative

Scarica l'app Zurich One Assicurazioni inquadrando il QR Code e registrati subito! Bastano il numero della tua *Polizza* e il tuo codice fiscale.



Scarica l'app **Zurich One Assicurazioni** inquadrando il QR Code e registrati subito! Bastano il numero della tua *Polizza* e il tuo codice fiscale.

L'app è disponibile nei principali store:



Glossario

I termini definiti in questo glossario integrano le Condizioni di Assicurazione a tutti gli effetti.

Le Parti vi attribuiscono il significato riportato di seguito.

Abitazione (per la sezione 5 Assistenza) - Il luogo adibito ad uso domestico, ubicato in Italia, in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Accesso non autorizzato - (termine richiamato nella voce di Glossario Evento relativo alla Sicurezza) - Accesso o utilizzo di un Sistema informativo o di un'infrastruttura di rete da parte di persone non autorizzate.

Alluvione, inondazione ed esondazione - Straripamento, tracimazione, fuoriuscita d'acqua e quanto da essa trasportato, dalle usuali sponde di corsi d'acqua, di bacini naturali o artificiali, dagli argini di corsi naturali ed artificiali, da laghi e bacini, anche se derivanti da eventi atmosferici, da qualunque causa provocati.

Anno - Periodo di tempo di 365 giorni, o di 366 giorni in caso di Anno bisestile.

Annualità assicurativa - In caso di Assicurazione di **durata annuale**, il periodo di 1 Anno che inizia alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata in Polizza e termina alle ore 24.00 della data scadenza indicata in Polizza.

Apparecchio di contenzione non rimovibile dall'Assicurato - Il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate, rigide o altri apparecchi ortopedici immobilizzanti applicabili e rimovibili esclusivamente dal proprio medico curante oppure da personale medico o paramedico presso Istituti di cura.

Assicurato - la Figura apicale il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - Il Contratto di Assicurazione, come definito dall'articolo 1882 del Codice Civile, o la garanzia prevista nel Contratto.

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

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

Attacco DoS (termine richiamato nella voce di Glossario Evento relativo alla Sicurezza) - Azione o istruzione concepita o generata per danneggiare, interferire o colpire la disponibilità di reti, servizi di rete, connettività di rete o Sistemi informativi, inclusi, per esempio, 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 professionale - Qualsiasi attività che non riguarda la vita privata, anche non svolta per scopo di lucro.

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

Beneficiario - La persona che "beneficia" della prestazione erogata da Zurich in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio. I Beneficiari sono indicati in Polizza e, in assenza di indicazione, la Somma assicurata viene suddivisa in parti uguali tra gli eredi dell'Assicurato fino al quarto grado.

Cassa di assistenza - Associazione senza fini di lucro ex Art. 36 del c.c. e seguenti. Persegue la finalità principale di promuovere, realizzare ed erogare a favore dei propri Beneficiari Prestazioni assistenziali a carattere sociale e/o sanitario.

Centro medico (per la sezione 5 Assistenza) - Il centro, anche non adibito al Ricovero dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di Prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

Cure mediche - Ogni Prestazione sanitaria con finalità curativa erogata da personale medico.

Cyberterrorismo - Uso di tecnologia informatica da parte di un individuo o gruppo, per eseguire o minacciare di eseguire un Evento relativo alla Sicurezza contro un Sistema Informativo che può intimidire, costringere, danneggiare - anche potenzialmente - qualsiasi persona, Azienda, attività commerciale, governo o entità.

Danno indennizzabile (Indennizzo) - Il danno stimato tenendo conto di Scoperti, Franchigie, limiti.

Dati elettronici (termine richiamato nelle voci di Glossario Malware, Sistema informativo, Software) - Informazioni salvate o trasmesse in formato digitale.

Day Hospital - La degenza diurna senza pernottamento in un Istituto di cura che non comporta Intervento chirurgico, per terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). **Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura in pronto soccorso.**

Day Surgery - La degenza diurna senza pernottamento in un Istituto di cura e che comporta Intervento chirurgico e documentata da cartella clinica.

Diagnosi (per la sezione 5 Assistenza) - Determinazione da parte del medico, in base alla valutazione dei sintomi, della natura o della sede di:

- una Malattia;
- una lesione a seguito di Infortunio.

Diaria - Importo corrisposto giornalmente da Zurich agli aventi diritto nei casi previsti dall'Assicurazione

Diritto all'oblio oncologico - In relazione alla stipula o al rinnovo di contratti assicurativi, il diritto riconosciuto alle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini, incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza recidive, da più di 10 anni oppure da più di 5, se la Malattia è insorta prima dei 21 anni. Con riferimento a specifiche patologie oncologiche previste dall'allegato I del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, sono definiti termini inferiori rispetto a quelli indicati dalla legge in tema di oblio oncologico (legge 193/2023). Il trattamento attivo della patologia è concluso, in mancanza di recidive, alla data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Disdetta - Comunicazione scritta con cui una Parte manifesta la volontà di non rinnovare il Contratto alla sua scadenza naturale o rinnovata, secondo le modalità e le tempistiche previste dal Contratto.

Domicilio (per la sezione 5 Assistenza) - È il luogo in Italia dove l'Assicurato dimora in modo abituale o dove ha trasferito temporaneamente la propria Abitazione.

Evento (solo per la sezione 5 Tutela Legale) - Fatto dannoso che dà origine al Sinistro

Evento relativo alla Sicurezza (termine richiamato nella voce di Glossario Cyberterrorismo) - Accesso non autorizzato, introduzione di un Malware, o Attacco DoS al Sistema informativo dell'Assicurato che determina:

- un'interruzione, sospensione, incidente, deterioramento o ritardo, effettivo e misurabile, del funzionamento del Sistema informativo dell'Assicurato
- 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

Familiare - È qualsiasi persona convivente con l'Assicurato risultante da regolare certificato di stato di famiglia dell'Assicurato.

Franchigia - La parte di Danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato. La Franchigia può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.

Franchigia assoluta - La parte di Danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato e viene tolta dall'Indennizzo, indipendentemente dall'importo del Danno.

Franchigia relativa - La parte di Danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato solo se il Danno è pari o inferiore alla Franchigia stessa; se il Danno supera la Franchigia, l'Indennizzo viene corrisposto interamente.

Frattura Ossea - La rottura di un osso, determinata da una causa lesiva che ha agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta). Sono considerate equivalenti alle Fratture ossee:

- le Fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni)
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Figura apicale - È una persona che ricopre una posizione di vertice all'interno dell'Azienda, come ad esempio l'amministratore delegato, il direttore generale o un membro del consiglio di amministrazione, e che ha il compito di guidare l'organizzazione e supervisionare le attività principali.

Indennizzo - Vedi Danno indennizzabile (Indennizzo).

Infortunio - Ogni Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e successive modifiche e integrazioni, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici,

diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica.

Intervento chirurgico ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso ambulatori o studi medici chirurgici

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

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

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

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle Autorità competenti, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital

Limite di Indennizzo/Limite di Risarcimento - La somma massima dovuta da Zurich all'Assicurato o al danneggiato, che in base alla garanzia interessata può essere per Sinistro o per Annualità assicurativa. La parte che va oltre questo Limite resta a carico dell'Assicurato. Tale Limite non si aggiunge al Massimale, ma è una parte del Massimale stesso. Se la garanzia non precisa se il Limite di Indennizzo è per Sinistro o per Annualità assicurativa, si intende per Annualità assicurativa.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute che non dipende da Infortunio.

Malattia improvvisa (per la sezione 5 Assistenza) - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una Manifestazione di un precedente patologico dell'Assicurato.

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

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

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

Malattie tropicali - Gruppo medicalmente eterogeneo di infezioni tropicali riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) al momento del Sinistro. 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 (termine richiamato nella voce di Glossario Evento relativo alla Sicurezza) - Qualsiasi Software o codice dannoso (per 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 informativo.

Manifestazione (di Malattia) - Il presentarsi di uno o più segni o sintomi riconducibili alla Malattia.

Massimale - L'importo massimo che Zurich paga per ogni Sinistro. Se il Massimale si riferisce all'Annualità assicurativa, rappresenta l'importo massimo che Zurich paga per tutti i Sinistri accaduti in quel periodo.

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

Network / Rete - La Rete convenzionata costituita da Istituti di cura, centri diagnostici e poliambulatori, nonché da professionisti medici che provvedono all'erogazione delle Prestazioni.

Parti - Zurich, il Contraente, l'Assicurato.

Periodo di Assicurazione - Il periodo di validità dell'Assicurazione.

Polizza - Il documento che prova il Contratto di Assicurazione.

Premio - Somma che il Contraente deve pagare a Zurich per l'Assicurazione. – (per la Sezione 5 Assistenza): è l'immediato aiuto fornito da parte di Zurich all'Assicurato, nel momento della difficoltà, a seguito del contatto e tramite la Struttura Organizzativa.

Prestazioni - La copertura assicurativa che Zurich prevede nei confronti del Beneficiario – (per la sezione 5 Assistenza): I servizi di assistenza prestati all'Assicurato dalla Struttura Organizzativa

Questionario anamnestico - Il questionario sanitario che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Quando richiesto da Zurich, deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà genitoriale. Tale documento è richiamato nelle dichiarazioni del Contraente riportate sulla Polizza.

Recesso - Indica la possibilità di interrompere il Contratto di Assicurazione prima della sua scadenza naturale, nei casi e con le modalità (comunicazione scritta) previsti dal Contratto o dalla legge.

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

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di Assicurazione, 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

Residenza (per la sezione 5 Assistenza) - È il luogo in Italia dove l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero - La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scoperto - La parte delle spese sostenute e indennizzabili a termini di Contratto, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo - L'impiego improvviso e anomalo di energie muscolari straordinarie per far fronte ad un Evento eccezionale ed inaspettato.

Sede legale - E' l'indirizzo formale e ufficiale di una Società, registrato presso la Camera di Commercio.

Sinistro - Il verificarsi dell'Evento dannoso per il quale vale l'Assicurazione.

Sistema informativo (termine richiamato nelle voci di Glossario Accesso non autorizzato, Cyberterrorismo, Evento relativo alla Sicurezza, Malware) - L'hardware, il Software e i loro Dati elettronici, 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. Per Sistema informativo si intende tutto quanto precede anche quando fa parte di un sistema di controllo industriale.

Software (termine richiamato nelle voci di Glossario Dati elettronici, Malware, Sistema informativo) - Operazioni e applicazioni, codici e programmi che consentono la raccolta, trasmissione, elaborazione, salvataggio o ricezione di Dati elettronici per via elettronica. Il Software non include i Dati elettronici.

Somma assicurata - L'importo indicato in Polizza che viene utilizzato per il calcolo dell'Indennizzo in caso di Sinistro.

Sportivi professionisti: - gli atleti che svolgono attività sportiva a pagamento e in modo continuativo, nelle discipline regolamentate dal CONI (cfr. Dlgs 36/2021 e .m.i) . Questi atleti ottengono la qualifica di professionisti dalle federazioni sportive nazionali, secondo le regole fissate dalle federazioni stesse e nel rispetto delle direttive del CONI, che distinguono l'attività dilettantistica da quella professionistica.

Struttura Organizzativa - (per la sezione 5 Assistenza - La struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI) (definita con il marchio commerciale MAWDY), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Attraverso una convenzione con Zurich e per suo conto, contatta l'Assicurato, organizza ed eroga le Prestazioni previste nelle Condizioni di Assicurazione, i cui costi sono a carico di Zurich.

Tabella di Indennizzo - La tabella attraverso la quale viene determinato l'Indennizzo che spetta all'Assicurato per il grado di Invalidità Permanente accertato secondo la Tabella di valutazione medico-legale.

Tabella di valutazione medico-legale - La tabella per determinare il grado di Invalidità Permanente subito dall'Assicurato in seguito a Sinistro. Le Tabelle di valutazione medico-legale sono:

- Tabella di valutazione INAIL (t.u. 30 giugno 1965 n. 1124)

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

Terremoto (Sisma) - Sismovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene.

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

Trattamenti fisioterapici e rieducativi - Le Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o personale professionalmente abilitato, anche presso Centri medici, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto contrattualmente indennizzabili.

Viaggio - È lo spostamento, il soggiorno o la locazione verso /in una località diversa **dalla Residenza dell'Assicurato**.

Visita specialistica - La visita effettuata da un medico in possesso di titolo di specializzazione inerente alla Diagnosi e/o prescrizione di terapie motivo della visita stessa.

Zurich - La Società Assicuratrice ovvero Zurich Insurance Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Sezione 1

Norme comuni a tutte le garanzie

Queste norme comuni valgono per tutte le garanzie, tranne nei casi in cui i singoli punti di questa sezione indicano che si applicano solo ad alcune garanzie.

In quali paesi vale l'Assicurazione?

1.1 Copertura territoriale delle garanzie

L'Assicurazione è valida solo per i Contraenti hanno la Sede legale o la Residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, con queste modalità:

Sezioni	Paesi
• Infortuni (sezione 2)	Danni avvenuti in tutto il mondo
• Invalidità Permanente da Malattia (sezione 3)	Danni avvenuti in tutto il mondo
• Rimborso Spese Mediche (sezione 4)	Danni avvenuti in tutto il mondo
• Assistenza (sezione 5)	Ad eccezione di diversa copertura territoriale indicata all'interno delle singole Prestazioni, la garanzia vale in tutto il mondo per i soli Assicurati residenti e domiciliati all'interno del Territorio Italiano, per: • Infortunio (per tutte le Prestazioni); • patologie o complicanze correlate a gravidanza e/o parto (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12); • aborto, trapianti di organi (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12); • Malattia dell'Assicurato (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12); • alterazione improvvisa dello stato di salute per le sole Prestazioni da 5.2.1
• Tutela (sezione 6)	La copertura riguarda i Sinistri che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti nei Paesi membri dell'Unione Europea, Svizzera, Principato di Monaco, Liechtenstein, Andorra, Regno Unito, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano. La Consulenza legale telefonica e la certificazione dei contenuti digitali valgono in Italia secondo le normative italiane..

Quando comincia e quanto dura l'Assicurazione?

1.2 Inizio della copertura assicurativa

L'Assicurazione inizia alle ore 24 del giorno:

- **di decorrenza** indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati entro tale giorno
- **di pagamento del Premio** se questo avviene dopo la data di decorrenza indicata in Polizza.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione:

- **è sospesa** dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di scadenza (fine del periodo di mora)
- **riprende** dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Se il Premio, o la rata, viene pagato oltre i 30 giorni del periodo di mora, il Sinistro che avviene tra la scadenza del periodo di mora e il pagamento non è coperto dall'Assicurazione.

Esempio: se la rata scade il 1° gennaio, il periodo di mora è fino alle ore 24.00 del 31 gennaio; se il Premio viene pagato il 10 febbraio, il Sinistro che avviene il 5 febbraio non è coperto.



I Premi scaduti devono sempre essere pagati (articolo 1901 del Codice Civile, *Mancato pagamento del Premio*).

1.3 Durata dell'Assicurazione e rinnovo

L'Assicurazione ha durata **annuale** e prevede il **tacito rinnovo**.

Durata	Come funziona il tacito rinnovo
Annuale dura 1 Anno e finisce alle ore 24 del giorno di scadenza indicato in Polizza	La Polizza si rinnova automaticamente alla scadenza per 1 altro Anno e così via per gli Anni successivi, a meno che si comunichi la Disdetta (articolo 1899 del Codice Civile, Durata dell'Assicurazione). Le modalità di Disdetta sono descritte ai punti 1.5 <i>Tempi e scadenze per disdire</i> e 1.6 <i>Come disdire</i> .
Annuale più frazione di Anno dura per il periodo assicurativo scelto	

Non sono previste Polizze con durata poliennale o con durata inferiore all'anno (durata temporanea).

Alla scadenza, Zurich può proporre modifiche al Premio o alla Polizza?

1.4 Le proposte di modifica del Premio: cosa può fare il Contraente

Oltre a quanto previsto al punto 1.3 *Durata dell'Assicurazione e rinnovo*, Zurich può proporre per iscritto al Contraente, anche attraverso l'Intermediario assicurativo, modifiche al Premio in caso di variazione della tariffazione dei Rischi oggetto della Polizza alle stesse condizioni contrattuali di questo Set Informativo. Deve farlo con un preavviso di almeno **60 giorni** prima della scadenza (iniziale o di eventuale rinnovo).

Se il Contraente paga il Premio entro il 30° giorno successivo alla scadenza del Contratto, esprime la volontà di accettare la nuova proposta e gli viene rilasciata la ricevuta di pagamento, quindi il Contratto si rinnova alla scadenza per un altro Anno.

Il Contraente può non accettare le nuove proposte di modifica del Premio. In questo caso non paga il Premio e il Contratto termina alla scadenza naturale senza bisogno della Disdetta del Contraente.

Senza una nuova proposta di modifica del Premio o invio di Disdetta da parte del Contraente o di Zurich, vale quanto previsto al punto 1.2 *Inizio della copertura assicurativa* e al punto 1.3 *Durata dell'Assicurazione e rinnovo*.

Posso disdire l'Assicurazione?

1.5 Tempi e scadenze per disdire

Sia il Contraente sia Zurich possono disdire l'Assicurazione, cioè chiedere di non rinnovarla, **ma devono comunicarlo almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Annualità assicurativa** (articolo 1899 del Codice Civile, *Durata dell'Assicurazione*).

1.6 Come disdire

Il Contraente **deve comunicare la Disdetta al proprio Intermediario assicurativo o a Zurich**.

Sia il **Contraente** sia **Zurich** devono comunicare la Disdetta **con posta elettronica certificata (PEC) o raccomandata con ricevuta di ritorno**.

Posso recedere dopo un Sinistro?

1.7 Come recedere, per il Contraente e per Zurich

Sia il Contraente sia Zurich possono recedere dall'Assicurazione:

- dopo ogni denuncia di Sinistro e
- fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo.

Per recedere, devono comunicarlo all'altra Parte con posta elettronica certificata (PEC) o raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Recesso ha effetto, cioè parte, dopo 30 giorni dalla data in cui è stata ricevuta la comunicazione.

Se a recedere è Zurich e il Contraente è un "consumatore" secondo il Codice del consumo, entro 15 giorni dalla data di effetto del Recesso, Zurich deve rimborsare al Contraente la parte di Premio imponibile, cioè senza imposte, già pagata e non utilizzata per il periodo tra la data di effetto del Recesso e la scadenza del Periodo di Assicurazione.



Per la Sezione *Invalidità Permanente da Malattia e Rimborso delle Spese Mediche*, il Recesso per Sinistro non è possibile.

Per il *Codice del consumo*, articolo 3 comma 1, lettera a) "Il consumatore è colui che agisce per scopi non riferibili all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta".



Quando e come devo pagare il Premio?

1.8 Quando pagare

Il Premio **deve essere pagato** all'Intermediario assicurativo o a Zurich **quando si firma la Polizza**.

Il Premio può essere pagato:

- **in un'unica soluzione,**



Il Premio deve essere pagato per intero in base alla durata dell'Assicurazione.

Se il Contraente o l'intermediario comunicano a Zurich che la Figura apicale assicurata lascia l'Azienda, va in pensione o non ricopre più il ruolo per cui è stato assicurato, cessa la copertura del Rischio, ad eccezione della Sezione Rimborso Spese Mediche che termina alla fine dell'annualità assicurativa. Non è previsto il rimborso del Premio pagato e non goduto.

1.9 Come pagare

Il Premio si può pagare con:

- carta di debito o credito
- bonifico bancario
- assegno bancario o circolare
- denaro contante entro i limiti stabiliti dalla legge.

Se sull'Assicurazione ci sono imposte, le paga il Contraente.

Che obblighi ho?

1.10 Fare dichiarazioni precise e complete

Le informazioni indicate in Polizza, compreso l'importo del Premio, si basano sulle dichiarazioni di Contraente e/o Assicurato su fatti che possono influire sulla valutazione del Rischio, cioè sulla probabilità che un Evento dannoso avvenga.

Per questo **le dichiarazioni devono essere precise e complete. Se non lo sono**, le conseguenze possono essere molto serie, a seconda dell'intenzione o del motivo.

È comunque garantito il Diritto all'Obligo Oncologico. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati a ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Dichiarazioni inesatte e reticenze

Con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni non sono veritiere, precise e complete e riguardano fatti che si conoscono o si potrebbero facilmente conoscere, ad esempio se l'Assicurato ha una minorazione funzionale non dichiarata in Polizza.

Senza dolo o colpa grave

Le dichiarazioni non sono veritiere, precise e complete e riguardano fatti che non si conoscevano e che non potevano essere verificati.

Conseguenze

- L'Assicurazione può essere annullata entro 3 mesi dal giorno in cui è stata scoperta l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni.
- In caso di Sinistro, si può perdere il diritto all'Indennizzo (articolo 1892 del Codice Civile, Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave).
- Zurich può trattenere:
 - i Premi già incassati
 - il Premio per il Periodo di Assicurazione in corso
 - il Premio dovuto per il primo Anno.

Queste conseguenze riguardano anche le dichiarazioni obbligatorie del Contraente su un altro Assicurato o un soggetto equiparato, sul diritto di usufruire di convenzioni tariffarie e le dichiarazioni riportate nel Questionario anamnestico.

- Zurich può recedere dall'Assicurazione entro 3 mesi dal giorno in cui ha Scoperto l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni.
- In caso di Sinistro, Zurich può pagare un Indennizzo ridotto (articolo 1893 del Codice Civile, Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave).
- Zurich può trattenere:
 - i Premi già incassati
 - il Premio per il Periodo di Assicurazione in corso.



Zurich può chiedere di compilare il Questionario anamnestico.

1.11 Consegnare il Set Informativo agli Assicurati

Il Contraente deve **consegnare il Set Informativo all'Assicurato** prima dell'inclusione nella copertura assicurativa. Se il Contraente è una **Cassa di Assistenza**, le aziende associate devono **consegnare il Set Informativo all'Assicurato** prima dell'inclusione nella copertura assicurativa.

1.12 Rispettare gli obblighi anche se l'Assicurazione è per altri soggetti

Il Contraente deve **rispettare tutti gli obblighi richiesti anche se firma l'Assicurazione per conto di altri soggetti**; fanno eccezione gli obblighi che possono essere rispettati solo dall'Assicurato, per esempio le dichiarazioni che possono influire sulla valutazione del Rischio.

1.13 Informare Zurich se ci sono altre Assicurazioni per lo stesso Rischio

Se ha sottoscritto o quando sottoscriverà altre Assicurazioni per lo stesso Rischio, il Contraente deve avvisare per iscritto l'Intermediario assicurativo o Zurich.



Se il Contraente non comunica queste informazioni o se risultano false, Zurich può rifiutare di pagare l'Indennizzo.

1.14 Esonero denuncia infermità, mutilazione, difetti fisici

Il Contraente non deve comunicare a Zurich eventuali infermità, mutilazioni o difetti fisici dell'Assicurato, sia presenti al momento della sottoscrizione del Contratto sia che si manifestano successivamente.

Se un Infortunio colpisce un organo o un arto già compromesso, l'Indennizzo previsto dalla Polizza si riduce in maniera corrispondente alle infermità e ai difetti fisici preesistenti.

Altre Informazioni

1.15 Modifica della Polizza

La Polizza può essere modificata, ma **ogni modifica deve essere concordata tra Contraente e Zurich e formalizzata su un apposito documento di Zurich.**

1.16 Legge applicata e foro competente in caso di controversie

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Se nasce una controversia tra il Contraente o l'Assicurato e Zurich:

- se il Contraente o l'Assicurato è un "consumatore" secondo il Codice del consumo, qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione di questa Assicurazione sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di Residenza o Domicilio elettivo del consumatore
- se il Contraente o l'Assicurato non è un "consumatore", il foro competente sarà quello della Sede legale di Zurich o in alternativa il foro dove ha sede l'Intermediario assicurativo cui è assegnata la Polizza.

Per il *Codice del consumo*, articolo 3 comma 1, lettera a) "Il consumatore è colui che agisce per scopi non riferibili all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta".



Esempio

Assicurato residente a Roma che ha comprato la Polizza da un Intermediario assicurativo di Latina

- Se è "consumatore": il giudice competente è quello di Roma
- Se non è "consumatore": il giudice competente è quello di Milano (Sede legale di Zurich) o di Latina (sede dell'Intermediario assicurativo).



1.17 Rinvio alle norme di legge

Per tutto ciò che non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

1.18 Diritto di surrogazione da parte di Zurich

Zurich rinuncia a ogni azione di rivalsa (o surrogazione) verso i terzi responsabili dell'Infortunio. Questa rinuncia lascia intatti i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto nei confronti dei terzi responsabili dell'Infortunio. L'Assicurato o i suoi aventi diritto possono quindi agire contro i terzi responsabili dell'Infortunio senza alcuna limitazione che deriva dalla rinuncia di Zurich.

L'azione di rivalsa è prevista dall'art. 1916 del Codice Civile

Diritto di Surrogazione dell'assicuratore.

Con l'azione di rivalsa (o surrogazione) Zurich, dopo aver pagato l'Indennizzo, può in determinati casi sostituirsi all'Assicurato per recuperarlo dal responsabile del Sinistro.



La clausola non è valida per la Sezione 3 Invalidità Permanente da Malattia.

1.19 Prescrizione

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di Zurich si prescrive entro due Anni dalla data in cui si verifica l'Infortunio o dalla Manifestazione della Malattia. Questo significa che, trascorsi due Anni senza presentare richiesta, il diritto non potrà più essere esercitato (articolo 2952 del Codice Civile).

1.20 Inoperatività della copertura assicurativa per Sanzioni internazionali

In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, Zurich non presta alcuna copertura assicurativa o fornisce alcuna Prestazione o beneficio correlati all'Assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Assicurato, Beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, Prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali.

1.21 Responsabilità civile del Contraente per Infortunio

Se l'Assicurato subisce un Infortunio o muore a seguito di Infortunio, Zurich paga all'Assicurato o ai Beneficiari indicati in Polizza, la Somma assicurata prevista dall'Assicurazione. In caso di Morte dell'Assicurato se i Beneficiari o solo alcuni di loro, non accettano la Somma assicurata prevista e chiedono al Contraente un risarcimento per responsabilità civile, su richiesta del Contraente, la Somma assicurata viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente deve pagare per sentenza o accordo. Se l'Assicurato o i Beneficiari rinunciano all'azione di responsabilità civile o risultano soccombenti nell'azione di responsabilità civile la Somma assicurata accantonata viene pagata sottraendo le spese di difesa sostenute dal Contraente.

1.22 Manleva – Indennità pagata al Contraente (valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

Se il Contraente attiva questa clausola, assume anche la qualifica di Beneficiario delle Prestazioni previste dalla Polizza.

A tal fine Il Contraente fa firmare all'Assicurato una dichiarazione in cui conferma di conoscere l'esistenza e il contenuto della Polizza e l'Assicurato acconsente a designare il Contraente quale soggetto Beneficiario delle Prestazioni previste in caso di Infortunio e Malattia; pertanto in tali casi, i pagamenti previsti vengono fatti solo al Contraente, che rilascia quietanza con effetto liberatorio per Zurich, manlevando quest'ultima di ogni e qualsiasi richiesta che viene avanzata dagli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o dell'Assicurato stesso.

I rapporti tra Zurich e l'Assicurato si limitano all'accertamento delle conseguenze dell'Infortunio, mentre il pagamento è effettuato a favore del Contraente.

Al momento della denuncia dell'Infortunio Il Contraente deve dare a Zurich copia della dichiarazione firmata con la quale l'Assicurato ha sottoscritto l'accordo per la designazione del Contraente come Beneficiario.

Se l'Assicurato non ha accettato la nomina del Contraente come Beneficiario o se il Contraente non produce l'atto di nomina vale quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

1.23 Informare Zurich se il Contraente cambia la Sede legale o Residenza

Se il Contraente cambia la Sede legale o Residenza nel corso dell'Annualità assicurativa, deve comunicarlo per iscritto all'Intermediario assicurativo o a Zurich entro 60 giorni.

Zurich, ricevuta la comunicazione, aggiorna la nuova Sede legale o Residenza modificando la Polizza.

In caso di trasferimento della Sede legale o Residenza al di fuori dell'Italia, della Repubblica di San Marino o della Città del Vaticano, nel corso dell'Annualità assicurativa, l'Assicurazione finisce a partire dalla data di trasferimento della Sede legale o Residenza.

Non è previsto il rimborso del Premio pagato e non goduto.

Sezione 2

Infortuni Aziende



Che cosa è assicurato e come?

2.1 Quali Infortuni copre l'Assicurazione

Zurich indennizza le conseguenze degli Infortuni subiti dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione.

Forma di copertura	Per quali Infortuni vale
Professionale ed Extra-Professionale	Infortuni che l'Assicurato subisce quando svolge la sua Attività professionale indicata in Polizza, nei luoghi pertinenti alla professione svolta, e ogni altra attività non professionale che svolge nella vita privata.



L'Assicurazione vale anche per gli "Infortuni in itinere".

Che cosa sono gli "Infortuni in itinere"?

Sono gli Infortuni che l'Assicurato subisce durante:

- il normale percorso di andata e ritorno dall'Abitazione al posto di lavoro, **esclusi quelli che avvengono dentro l'Abitazione, le pertinenze e le parti condominiali**
- il normale percorso che il lavoratore deve fare per andare da un luogo di lavoro a un altro, se ha più rapporti di lavoro
- il percorso abituale per la consumazione dei pasti se non esiste una mensa aziendale.

Gli "Infortuni in itinere" sono definiti dall'art. 12 del decreto legislativo 38/2000 (*Disposizioni in materia di Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro e le Malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144*).



2.1.1 CHE COS'È UN INFORTUNIO

L'Infortunio è ogni Evento che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili e dovuto a causa:

- **fortuita**, cioè accidentale, imprevista e imprevedibile, indipendente dalla volontà del soggetto che lo subisce
- **violenta**, cioè che avviene in modo improvviso e repentino, e non quando è il risultato di un'azione protratta nel tempo
- **esterna**, cioè che proviene dall'ambiente esterno all'individuo, e non dall'interno dell'organismo dell'infortunato.

Sono compresi gli Infortuni causati da:

- ✓ imperizia, imprudenza, negligenza, anche dovuti a colpa grave
- ✓ tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentato, aggressione o violenze che hanno movente politico, sociale o sindacale **a condizione che l'Assicurato non vi abbia volontariamente e attivamente partecipato**
- ✓ Alluvione, inondazione ed esondazione, Terremoto, maremoto, eruzione vulcanica
- ✓ Attacchi Cyber.

Sono inoltre Infortuni e quindi sono coperti dall'Assicurazione:

- ✓ l'asfissia per aspirazione involontaria di gas o vapori
- ✓ l'avvelenamento, le intossicazioni o lesioni causate dall'ingestione involontaria di sostanze in genere
- ✓ le lesioni causate da Sforzo, **esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini. In caso di rotture sottocutanee dei tendini è prevista la garanzia Rotture sottocutanee dei tendini a seguito di Infortunio (punto 2.4.5) e in caso di ernie la garanzia Ernie traumatiche da Infortunio (punto 2.4.1)**
- ✓ le morsicature, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, le punture di insetti in genere
- ✓ le infezioni, comprese quelle da tetano, causate da Infortunio indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione

- ✓ l'annegamento e l'affogamento
- ✓ le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie dall'Infortunio
- ✓ gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, scariche elettriche, folgorazioni e l'improvviso contatto con corrosivi
- ✓ gli Infortuni avvenuti in stato di maleore o incoscienza.

2.2 Garanzia MORTE DA INFORTUNIO

Zurich paga la Somma assicurata ai Beneficiari indicati in Polizza per la quota, espressa in percentuale, indicata dall'Assicurato in caso di:

- Morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio, anche se il decesso si verifica dopo la scadenza della Polizza, ma entro 2 Anni dal giorno dell'Infortunio.

Se l'Assicurato indica più di un Beneficiario, deve indicare in modo chiaro anche la ripartizione percentuale del beneficio tra i diversi Beneficiari. In assenza di precise indicazioni, la ripartizione del beneficio avviene in parti uguali.

Se non sono stati designati esplicitamente dei Beneficiari, il pagamento della Somma assicurata viene corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di questi, agli eredi legittimi fino al quarto grado dell'Assicurato, in parti uguali.

Se l'Infortunio ha causato anche un'Invalidità Permanente precedente al decesso dell'Assicurato, l'Indennizzo viene ricalcolato sottraendo alla Somma assicurata l'importo già pagato previsto dalla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

La Somma assicurata è indicata in Polizza per l'Assicurato e può essere fino a **1.500.000 euro**.

Esempio

- La Polizza prevede € 50.000 in caso di Morte per Infortunio.
- Zurich ha già pagato € 5.000 per Invalidità Permanente da Infortunio.

Residuo Indennizzo caso Morte da suddividere tra i Beneficiari: € 50.000 – € 5.000 = € 45.000



2.3 Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'Infortunio, indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione, subito dall'Assicurato causa un'Invalidità Permanente, Zurich paga un Indennizzo proporzionato alla Somma Assicurata (punto 2.14 *Determinazione dell'Indennizzo*) **al netto della Franchigia indicata in Polizza**

Esempio 1:

Somma assicurata: 1.000.000 euro

% Invalidità Permanente	Zurich paga:
Uguale o inferiore al 3%	Nessun Indennizzo
6%	Zurich paga € 30.000
20%	Zurich paga € 200.000

Esempio 2:

Somma assicurata: 2.000.000 euro

% Invalidità Permanente	Zurich paga:
Uguale o inferiore al 10%	Nessun Indennizzo
13%	Zurich paga € 60.000
30%	Zurich paga € 600.000



Che cos'è l'Invalidità Permanente?

È la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica di svolgere qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.



Nel caso in cui l'Invalidità sia uguale o superiore al 50% questa viene indennizzata con il 100% del capitale assicurato indicato in Polizza.



Per gli sport come calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati dalle rispettive Federazioni, l'Assicurazione applica sempre una Franchigia assoluta del 5% sul grado di Invalidità Permanente. La garanzia vale anche se l'Invalidità Permanente si verifica dopo la scadenza della Polizza ma entro 2 Anni dal giorno dell'Infortunio avvenuto nel periodo di validità della Polizza.

2.4 Garanzie aggiuntive sempre attive

L'Assicurato è coperto anche per queste garanzie senza ulteriori Premi aggiuntivi quando l'Infortunio è indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione.

2.4.1 ERNIE TRAUMATICHE DA INFORTUNIO

La garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* copre anche le ernie traumatiche a seguito di Infortunio:

- **Se l'ernia, anche bilaterale, non è operabile secondo parere medico**, Zurich paga solo: l'Invalidità Permanente accertata, **fino al 10% dell'Invalidità Permanente, in base alla Tabella medico-legale INAIL**



in caso di contestazioni sulla natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere affidata al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal punto 2.12 "Pagamento dell'Indennizzo".



Questa garanzia è un'eccezione rispetto a quanto indicato al punto 2.7 *Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni*, lettera f. Per le altre garanzie indicate in Polizza diverse dalla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio rimane valida l'esclusione delle ernie traumatiche da Infortunio indicata al punto 2.7 *Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni*, lettera f

2.4.2 MENOMAZIONI ESTETICHE DA INFORTUNIO

Se l'Infortunio causa lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, Zurich rimborsa:

- ✓ le spese sostenute per l'Intervento chirurgico riparatore, **con il Limite di Indennizzo di 7.500 euro per Sinistro e per Annualità assicurativa.**

La denuncia del Sinistro deve comprendere un certificato medico che stabilisce il danno estetico dell'Assicurato

2.4.3 MALATTIE TROPICALI E MALARIA

La garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* copre anche il contagio di Malattie tropicali o di malaria diagnosticate dai medici curanti.

In questi casi Zurich paga la sola garanzia Invalidità Permanente da Infortunio:

- ✓ **se il grado di Invalidità Permanente è superiore al 15% della totale**
- ✓ **in base alla Tabella medico-legale INAIL**
- ✓ **fino alla Somma assicurata indicata in Polizza per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio con il Limite di Indennizzo di 500.000 euro per annualità e per Sinistro.**



Questa garanzia vale solo se l'Assicurato, nel momento in cui va all'estero, è in perfette condizioni di salute e ha eseguito le profilassi prescritte dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

Oltre a quanto indicato al capitolo *Chi e che cosa non è assicurato?*, Zurich non indennizza:

- ⊗ **l'Invalidità Permanente accertata uguale o inferiore al 15% della totale**

Se non c'è accordo sulla Diagnosi della Malattia tropicale e malaria, la decisione può essere affidata al Collegio Medico secondo la procedura prevista al punto 2.12 "Pagamento dell'Indennizzo".

2.4.4 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

Zurich riconosce l'Indennizzo per Infortuni causati da Guerra (anche civile), insurrezioni, invasioni, occupazioni militari e avvenuti **entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, momento desumibile dalle circostanze di fatto, solo se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da questi eventi inaspettati mentre si trovi già all'estero.**

2.4.5 ROTTURE SOTTOCUTANEE DEI TENDINI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* copre anche gli esiti di rottura sottocutanea a seguito di Infortunio a:

- ✓ tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non)
- ✓ tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale)
- ✓ tendine dell'estensore del pollice
- ✓ tendine del quadricipite femorale
- ✓ cuffia dei rotatori.

In questi casi Zurich per la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* riconosce un grado di Invalidità del 4% con un Limite di Indennizzo di 8.000 euro per Sinistro senza Franchigia.



Questa garanzia è un'eccezione rispetto a quanto indicato al punto 2.7 *Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni*, lettera f. Per le altre garanzie indicate in Polizza diverse dalla garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* rimane valida l'esclusione delle rotture sottocutanee dei tendini indicata al punto 2.7 *Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni*, lettera f.

Come si applica il Limite di Indennizzo?

Esempio:

Sinistro riconducibile alla garanzia *Rotture sottocutanee dei tendini a seguito di Infortunio*

Somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio indicata in Polizza	200.000 euro
Grado di Invalidità Permanente accertata	4%
Limite di Indennizzo della garanzia Rotture sottocutanee dei tendini a seguito di Infortunio	8.000 euro
Franchigia	La garanzia Rotture sottocutanee dei tendini a seguito di Infortunio non prevede nessuna Franchigia
Percentuale da liquidare	4%
Danno accertato	8.000 € (uguale a 4% moltiplicato per 200.000 €)
Danno indennizzabile	8.000 euro (uguale al Limite di Indennizzo)

2.4.6 CRITICAL ILLNESS

Zurich liquida un'indennità di 15.000 euro, in caso di Diagnosi di una di queste patologie. La garanzia vale solo se la patologia insorge dopo la data di inizio dell'Assicurazione.

- ✓ Ictus cerebrale. Accidente cerebrovascolare che produce un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprende:
 - infarto del tessuto cerebrale,
 - emorragia di vaso intracranico, oppure
 - embolizzazione da fonte extracranica
 - ✓ Infarto del miocardio.
 - ✓ Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La Diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:
 1. anamnesi di precordialgia tipica
 2. nuove alterazioni elettrocardiografiche
 3. aumento degli enzimi di necrosi miocardica
 - ✓ Insufficienza renale irreversibile
 - ✓ Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni accertata successivamente alla stipula della Polizza. È necessaria prova che l'Assicurato si sottoponga a emodialisi regolare o si sia già sottoposto a trapianto renale.
 - ✓ Stenosi o occlusione coronarie
 - ✓ Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna.
- Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la

risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.

✓ Insufficienza d'organo

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas; oppure midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo.

⊗ Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.



Se nei 30 giorni successivi alla data della Diagnosi di una di queste patologie, si verifica il decesso dell'Assicurato, Zurich non paga nessuna indennità.

2.4.7 ULTERIORI RIMBORSI

Se l'Assicurato subisce un Infortunio, Zurich rimborsa le spese documentate per:

- ✓ il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'Infortunio al pronto soccorso (pubblico o privato)
- ✓ il rimpatrio dell'Assicurato se l'Infortunio è avvenuto all'estero con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico incaricato o dalla centrale operativa Zurich, in funzione della situazione.
- ✓ le azioni di salvataggio o di ricerca dell'Assicurato
- ✓ il trasporto della salma dell'Assicurato se decede fuori dal Comune di Residenza.

Zurich rimborsa queste spese fino a 5.000 euro per ogni Assicurato e per Sinistro.

2.4.8 MORTE PRESUNTA

Nei soli casi di annegamento o di incidente derivante dalla circolazione stradale, navigazione marittima o aerea, se il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato e si presume la sua Morte, Zurich paga ai Beneficiari la Somma assicurata per Morte da Infortunio. Il pagamento avviene **se sono passati almeno 6 mesi dalla presentazione dell'istanza volta all'ottenimento della sentenza di dichiarazione di Morte presunta** (articoli 60 *Altri casi di dichiarazione di Morte presunta* e 62 *Condizioni e forme della dichiarazione di Morte presunta* del Codice Civile).



Se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo, **Zurich ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo pagato. Dopo averlo restituito**, l'Assicurato può far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite, se indennizzabili in base alle Condizioni di Assicurazione.

Cosa prevedono gli articoli 60 e 62 del Codice civile sulla Morte presunta?

Articolo 60 Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la Morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due Anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre Anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due Anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre Anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due Anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due Anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

Articolo 62 Condizioni e forme della dichiarazione di Morte presunta

La dichiarazione di Morte presunta nei casi indicati dall'art 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di Morte.

Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di Morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

2.4.9 ANTICIPO SUGLI INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto al pagamento di un anticipo prima del versamento dell'Indennizzo.

Zurich indennizza le conseguenze degli Infortuni subiti dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione.

Garanzia	Anticipo	Condizioni
Invalidità Permanente	50% dell'importo minimo presumibile in base a una prima sommaria valutazione dell'Invalidità Permanente, fino a un massimo di 250.000 euro	- devono essere trascorsi almeno 3 mesi dalla data in cui l'Assicurato ha presentato la denuncia di Sinistro - l'Invalidità Permanente stimata da Zurich deve superare il 25%

Zurich paga l'anticipo di Indennizzo se:

- l'Assicurato lo richiede formalmente a Zurich e presenta la documentazione medico-legale necessaria
- Zurich non ha presentato all'Assicurato contestazioni scritte sull'indennizzabilità del Sinistro.



L'anticipo di Indennizzo non è un impegno di Zurich al pagamento dell'Indennizzo definitivo. Questo anticipo viene poi calcolato nel saldo finale. Se la garanzia non è valida o l'acconto supera l'importo dovuto, Zurich recupera la somma versata in più.

2.4.10 MALATTIE PROFESSIONALI

L'Assicurazione copre anche le Malattie professionali (indicate nella tabella del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e nelle sue modifiche) **che si manifestano durante la validità del Contratto e che riducono la capacità lavorativa di oltre il 10%.**

Se la silicosi o l'asbestosi si associano a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e obbligano ad abbandonare il lavoro, non si applica la Franchigia.

- ⊗ Sono escluse le conseguenze, dirette o indirette, della trasmutazione provocata dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

2.4.11 RECOVERY HOPE

a. Somma assicurata in caso di coma

Se il Beneficiario o gli aventi diritto lo richiedono, Zurich paga un Indennizzo alternativo e sostitutivo a quello previsto in Polizza al punto 2.2 *Morte da Infortunio*. Questo avviene se:

- l'Assicurato è rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
- è stato comunicato a Zurich per iscritto e secondo le stesse modalità previste per la denuncia (punto 2.8 *Come si denuncia il Sinistro*), sia l'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti. In entrambi i casi:

La richiesta di pagamento dell'Indennizzo Recovery Hope deve essere fatta dal Curatore o Tutore nominato. Alla richiesta devono essere allegati:

- ✓ La copia autentica del provvedimento di nomina da parte dell'Autorità Giudiziaria.
- ✓ La copia autentica dell'autorizzazione al pagamento dell'Indennizzo "Recovery Hope", secondo quanto previsto da questo articolo.

Dalla data in cui Zurich paga l'Indennizzo Recovery Hope, l'Assicurazione termina. Non saranno più pagati altri indennizzi per il caso Morte o Invalidità Permanente

b. Diaria in caso di coma

Se l'Assicurato rimane in coma ininterrotto non indotto o farmacologico, dopo un Infortunio, per più di 10 giorni consecutivi, Zurich paga **100 euro per ogni giorno di coma, fino a un massimo di 100 giorni consecutivi.**

L'Indennizzo si aggiunge alle somme previste in caso di Morte o Invalidità Permanente da Infortunio.

2.4.12 RISCHI SPORTIVI PARTICOLARI

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, la copertura vale per gli Infortuni - indennizzabili in base alle Condizioni di Assicurazione, subito durante l'esercizio delle seguenti pratiche sportive non professionali in genere svolte anche a scopo agonistico:

- ✓ sci estremo e sci alpinismo, salti dal trampolino con sci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino)
- ✓ bunging jumping
- ✓ discesa di rapide (compreso canyoning, rafting estremo)
- ✓ motociclismo, automobilismo (gare e prove)
- ✓ motocross, karting
- ✓ salti dal trampolino con sci o idrosci, surf estremo, kitesurf, windsurf estremo
- ✓ pugilato

- ✓ lotta e arti marziali nelle loro varie forme
- ✓ football americano, rugby
- ✓ atletica pesante: esercitati in luoghi aperti e chiusi

In caso di Morte o Invalidità Permanente causata da un Infortunio subito durante la pratica delle attività sportive elencate, **si applica una Franchigia assoluta del 5% e un sottolimito del 50% della Somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di 100.000 euro.**

- ⊗ **Sono escluse tutte le attività ricreative per le quali l'Assicurato percepisce una qualsiasi forma di compenso, compresi ad esempio i rimborsi spese.**

2.4.13 RETRAINING

Se l'Infortunio, indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione subito dall'Assicurato, causa un'Invalidità Permanente superiore al 35% e non gli consente di riprendere l'occupazione professionale precedente l'Infortunio, **Zurich rimborsa fino a 5.000 euro per Assicurato** per le spese necessarie e documentate sostenute dall'Assicurato, per un percorso di abilitazione e riqualificazione professionale che consente il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la Contraente. La formazione può essere prestata sia internamente dalla Contraente, sia da Società terze qualificate.

L'Assicurato deve presentare i seguenti documenti:

- certificazione rilasciata dalla Contraente che richiede la riabilitazione professionale
- documentazione rilasciata dal Medico competente che accerta la non idoneità professionale
- relative fatture di spese sostenute



Chi e che cosa non è assicurato?

2.5 Persone non assicurabili

Zurich non assicura le persone affette da:

- ⊗ alcolismo
- ⊗ tossicodipendenza, AIDS
- ⊗ Malattie mentali, psichiatriche, le forme maniaco depressive, la schizofrenia, gli stati paranoidi e i disturbi della sfera psicologica, morbo di Alzheimer, epilessia.

Se queste patologie colpiscono l'Assicurato durante l'Annualità assicurativa:

- **l'Assicurazione finisce alla prima scadenza annuale dopo la data della Diagnosi**
- **la valutazione concreta dello stato di salute dell'Assicurato non è rilevante**
- l'incasso dei Premi non significa che la garanzia è valida e Zurich rimborsa al Contraente questi Premi **senza le imposte.**

2.6 Limiti di età - Cessazione delle garanzie

Il Limite di età di ingresso in copertura è di 65 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni di ingresso per persone che superano i 65 anni di età

Se l'Assicurato compie 75 anni nel corso della durata contrattuale, l'Assicurazione termina alla prima scadenza annuale dopo il compimento dei 75 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni e mantenere in copertura la personache supera i 75 anni.

2.7 Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Infortuni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

- a. **attività sportive professionistiche, incluse partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove, in cui l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese;**
- b. **pratica delle seguenti attività temerarie:**
 - ⊗ alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) o di difficoltà equivalente, freeclimbing
 - ⊗ sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri), parapendio, volo acrobatico, paracadutismo

- ⊗ immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia)
- ⊗ speleologia

- c. guida di veicoli e natanti a motore sotto l'influenza di alcool con tasso alcolemico superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione del tasso alcolemico rilevato se l'Assicurato ha rifiutato di sottoporsi al test;
- d. uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- e. atti di autolesionismo, suicidio e delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dai Beneficiari o dagli aventi diritto. Sono invece garantiti gli Infortuni derivanti da atti compiuti per legittima difesa;
- f. infarti e le ernie di qualsiasi tipo salvo quanto previsto al punto 2.4.1 *Ernie traumatiche da Infortunio* e le rotture sottocutanee dei tendini salvo quanto previsto al punto 2.4.5 *Rotture sottocutanee dei tendini da Infortunio*;
- g. Insurrezioni e fatti di guerra (salvo quanto previsto al precedente punto 2.4.4 *Rischio Guerra all'estero*);
- h. di trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- i. le infezioni e le Malattie pandemiche o epidemiche dichiarate come tali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dalle autorità sanitarie nazionali o locali. Questa esclusione si applica indipendentemente dal luogo in cui l'infezione o la Malattia viene contratta e a prescindere dal momento in cui l'epidemia o la pandemia è stata dichiarata;
- l. le conseguenze di Infortuni avvenuti a causa di crisi ipoglicemiche o iperglicemiche in Assicurati con diabete mellito insulinodipendente;
- m. Atto di forza.



Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura in pronto soccorso.



Cosa fare in caso di Sinistro?

2.8 Come si denuncia il Sinistro

L'Assicurato, gli eredi o aventi causa devono::

1. **trasmettere** all'Intermediario assicurativo o a Zurich **la denuncia scritta** del Sinistro **entro 5 giorni** dall'Evento o da quando ne abbiano avuto conoscenza
2. **indicare nella denuncia:**
 - descrizione dell'Evento e delle circostanze in cui è avvenuto, giorno, ora, luogo, cause e conseguenze del Sinistro
 - eventuali altre Assicurazioni a copertura dello stesso Rischio (se possibile indicare numero di Polizza e compagnia assicurativa)
 - numero di Polizza e nome e cognome del Contraente
 - indirizzo email e numero di telefono del Contraente o dell'Assicurato.
3. **firmare la denuncia.**

Se il ritardo della denuncia è ingiustificato, Zurich riconosce la Diaria giornaliera da Inabilità Temporanea da Infortunio, se la garanzia è indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione, a partire dal giorno successivo a quello dell'invio della denuncia.



La denuncia è un obbligo: chi non la presenta può perdere, in tutto o in parte, il diritto all'Indennizzo (art. 1915 del Codice Civile, *Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio*).

Oltre alla denuncia scritta, inviare all'Intermediario assicurativo o a Zurich copia dei seguenti documenti:

- inchieste e indagini ufficiali o altri procedimenti giudiziari in atto o già conclusi da parte delle autorità competenti e relativi alle circostanze del Sinistro
- verbale di eventuali autorità intervenute
- certificato medico con indicazione della prognosi relativa alla ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle occupazioni ordinarie
- cartella clinica completa in caso di Ricovero
- fatture o ricevute quietanzate.

Dopo la denuncia devono essere presentati:

- certificati relativi al prolungamento dell'Inabilità Temporanea
- certificato di guarigione con indicazione della stabilizzazione dei postumi invalidanti permanenti.



Zurich potrebbe richiedere, motivandolo, altri documenti specifici.

L'Assicurato deve permettere a Zurich di svolgere le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari. L'Assicurato deve sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da Zurich, oltre a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale o in copia liberando dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

4. Se l'Infortunio causa il decesso dell'Assicurato o il decesso si verifica durante il periodo delle cure, oltre alla denuncia scritta, **gli eredi o aventi causa devono inviare all'Intermediario assicurativo o a Zurich copia dei seguenti documenti:**
 - documentazione medica con cartella clinica in caso di Ricovero
 - certificato di Morte
 - certificato di famiglia relativo all'Assicurato
 - atto notorio da cui risultano la situazione testamentaria e chi sono gli eredi
 - se tra gli eredi o aventi causa ci sono minorenni o soggetti incapaci di agire: decreto del giudice tutelare che autorizza la liquidazione ed esonera Zurich dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace
 - eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di Sinistro e anche per la corretta identificazione degli Eredi o Aventi diritto
 - certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile)
 - dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione /sentenza di divorzio
 - copia dei verbali delle Autorità, se intervenute
 - patente di guida, se l'Evento è avvenuto alla guida di Veicoli.
5. Se l'Assicurato decede per **cause diverse** dall'Infortunio, prima degli accertamenti e delle verifiche per determinare l'Invalidità Permanente, **gli eredi o aventi causa devono inviare a Zurich anche:**
 - prova della stabilizzazione dei postumi invalidanti con un certificato di guarigione o documentazione equivalente (ad esempio relazione medico-legale, certificati INAIL) e tutta la documentazione medica, compresa la cartella clinica in caso di Ricovero
 - prova che il decesso è avvenuto per causa estranea all'Infortunio (per esempio documentazione medica, scheda ISTAT che certifica le cause di Morte a fini sanitari, epidemiologici e statistici).



Zurich potrebbe richiedere, motivandolo, altri documenti specifici.

Restano a carico dell'Assicurato le spese dei certificati medici, della cartella clinica e di ogni altra documentazione richiesta.



Come è gestito il Sinistro?

2.9 Chi e come valuta il danno

Le conseguenze invalidanti del Sinistro sono concordate in uno di questi due modi:

- **direttamente da Zurich** o da una persona da questa incaricata, insieme al Contraente o all'Assicurato o con una persona da lui nominata
- **a richiesta di una delle Parti**, tra due medici nominati uno da Zurich e uno dal Contraente o all'Assicurato con apposito atto unico.

Ciascun medico può farsi assistere o affiancare da altri medici specialisti, che potranno intervenire nella perizia senza però avere alcun potere decisionale.

Se una delle Parti non si attiva, può farlo l'altra. Dopo 20 giorni dalla comunicazione di richiesta di nomina del medico, la Parte può richiedere al Consiglio dell'Ordine dei medici, con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio medico, di nominare il medico di parte. Il Collegio medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di Residenza o Domicilio dell'Assicurato.

Se non c'è accordo sulle conseguenze invalidanti del Sinistro o se uno dei medici lo richiede:

- entro 30 giorni dalla data in cui hanno verbalizzato le conseguenze invalidanti, i due medici devono nominarne un terzo scelto tra una terna di nominativi proponibile da entrambe le Parti
- se non c'è accordo verbalizzato su alcuno dei nominativi proposti la Parte più attiva propone altri nominativi entro 30 giorni dalla data del verbale
- se non si arriva a un accordo ciò viene verbalizzato; entro 20 giorni dalla data del verbale la Parte più attiva

chiede al Consiglio dell'Ordine dei medici con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio medico, di nominare un terzo medico.

Le decisioni sui punti controversi sono prese dal Collegio medico a maggioranza.

Zurich e l'Assicurato pagano ciascuno le spese del proprio medico e di eventuali esperti incaricati, più il 50% delle spese del terzo medico.

Se fra le Parti non c'è accordo sull'importo dell'Indennizzo, Zurich, in attesa della valutazione del Collegio medico, paga quanto ha valutato. L'importo potrà essere adeguato in base alle decisioni del Collegio medico.

2.10 Che cosa fa il medico

Il medico legale deve:

- raccogliere circostanze, natura, causa e modalità del Sinistro
- verificare il tipo di lesione e la sede anatomica
- verificare il nesso di causalità tra Evento denunciato e lesioni
- verificare il nesso di causalità fra lesioni accertate e menomazioni
- verificare la stabilizzazione delle lesioni
- attribuire il valore della lesione sulla base della Tabella di valutazione medico-legale INAIL
- verificare la congruità e compatibilità delle spese mediche e della certificazione medica presentata.

2.11 Tempi di gestione del Sinistro

Dopo aver ricevuto la denuncia di Sinistro e la documentazione completa, inclusa la certificazione che attesta la stabilizzazione dei postumi, se ci sono, **Zurich ha 60 giorni per:**

- esaminare la documentazione e fare le proprie valutazioni
- proporre un Indennizzo oppure rifiutare la richiesta di Indennizzo indicandone in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni.

Entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto la documentazione, Zurich può richiedere altra documentazione specifica, indicandone il motivo al Contraente o all'Assicurato o al Beneficiario.

Dalla data in cui riceve la documentazione integrativa Zurich ha 30 giorni per confermare o rifiutare la richiesta di Indennizzo.

Se Zurich incarica dei fiduciari (medici legali, accertatori, ecc.), il termine per confermare o rifiutare la richiesta di Indennizzo è di 30 giorni dalla data in cui riceve la perizia.

2.12 Pagamento dell'Indennizzo

Zurich paga l'Indennizzo entro 15 giorni dalla data in cui l'Assicurato, gli eredi o gli aventi causa consegnano la seguente documentazione:

- atto di quietanza firmato o copia della documentazione equivalente con cui si accetta l'offerta di Indennizzo
- copia del documento di riconoscimento valido e codice fiscale del Beneficiario del pagamento
- intestatario del conto corrente e codice IBAN del conto sul quale effettuare il bonifico
- in caso di delega all'incasso, copia del documento di riconoscimento valido, codice fiscale e IBAN del delegato.

Se non c'è accordo sull'ammontare dell'Indennizzo, in attesa della decisione del Collegio medico, Zurich paga l'importo che ha determinato e offerto. L'importo potrà essere adeguato in base alle decisioni del Collegio medico.

Se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato ma l'Assicurato muore a causa dell'Infortunio entro 2 Anni dal giorno in cui è avvenuto, gli eredi o aventi causa hanno diritto alla differenza fra la Somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio e l'Indennizzo per Invalidità Permanente già pagato, se minore.

Se la somma pagata per l'Indennizzo da Invalidità Permanente è maggiore, non devono restituire la differenza.

2.13 Criteri di indennizzabilità

Zurich paga l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato.

Se l'Assicurato che subisce l'Infortunio già prima non era fisicamente integro o sano, non è indennizzato per:

- i danni dovuti a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o apparse dopo ma non a causa dell'Infortunio
- gli aggravamenti avvenuti dopo che l'Indennizzo è stato pagato, anche se sono legati all'Infortunio denunciato.

Zurich determina il grado di Invalidità Permanente da Infortunio in base ai criteri previsti:

Conseguenze dell'Infortunio	Criteri
Perdita totale e irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto	Equiparata a una perdita anatomica dell'organo o dell'arto
Minorazione funzionale di un organo o di un arto, e non perdita totale	Le percentuali indicate nella Tabella diminuiscono in proporzione alla funzionalità persa
Perdita anatomica o funzionale di più organi o arti	L'Invalidità Permanente si calcola sommando le percentuali di ogni singola lesione, fino al massimo di 100%
Menomazione degli arti superiori in un Assicurato mancino	Le Invalidità permanenti previste per il lato destro si applicano per il lato Sinistro e per il lato Sinistro si applicano per il lato destro

2.14 Determinazione dell'Indennizzo

Zurich calcola l'Indennizzo come segue:

- 1) nella Tabella di valutazione medico-legale INAIL individua la percentuale che corrisponde al grado di Invalidità Permanente da Infortunio accertato (punto 2.10 *Che cosa fa il medico*)
- 2) Applica alla percentuale di cui al punto 1) le Franchigie indicate in Polizza
- 3) moltiplica la percentuale così ottenuta per la Somma assicurata: il risultato corrisponde all'Indennizzo

Capitale assicurato	Grado di Invalidità Permanente (IP)	Indennizzo
Fino a 1.000.000,00 euro	$IP \leq 3\%$	Nessun Indennizzo
	$3\% < IP \leq 10\%$	Indennizzo solo per la parte eccedente il 3%
	$IP > 10\%$	Indennizzo sull'intera IP (nessuna Franchigia)
Oltre 1.000.000,00 e fino a 2.000.000,00 euro	$IP \leq 10\%$	Nessun Indennizzo
	$10\% < IP \leq 25\%$	Indennizzo solo per la parte eccedente il 10%
	$IP > 25\%$	Indennizzo sull'intera IP (nessuna Franchigia)
Qualunque capitale assicurato	$IP \geq 50\%$	Indennizzo del 100% del capitale assicurato



Per gli sport come calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati dalle rispettive Federazioni e per gli sport indicati al punto 2.4.12 *Rischi sportivi particolari*, l'Assicurazione applica sempre una Franchigia assoluta del 5% sul grado di Invalidità Permanente. Questo significa che una piccola Invalidità (fino al 5%) non viene risarcita.

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente è personale, quindi non può essere trasmesso a Beneficiari, eredi o aventi causa.

Se l'Assicurato decede - per cause indipendenti dall'Infortunio subito - prima che l'Indennizzo sia stato pagato, Zurich, dopo aver ricevuto i documenti indicati al punto 2.8 *Come si denuncia il Sinistro* numero 4, paga a Beneficiari, eredi o aventi causa, in alternativa:

- l'importo già concordato con l'Assicurato
- l'importo offerto all'Assicurato.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dall'Infortunio prima degli accertamenti e delle verifiche per determinare l'Invalidità Permanente, Zurich dopo aver ricevuto i documenti previsti al punto 2.8 *Come si denuncia il Sinistro* numeri 4 e 5, paga agli eredi o aventi causa l'importo determinabile con le modalità previste in questo punto e al punto 2.13 *Criteri di indennizzabilità*.

Sezione 3

Invalità Permanente da Malattia



Che cosa è assicurato e come?

3.1 Quali Rischi copre l'Assicurazione

Zurich assicura l'Invalità Permanente causata da una Malattia che si Manifesta:

- ✓ **dopo 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione** o dall'inserimento di un nuovo Assicurato (punto 3.4 *Periodi di Carenza*)
- ✓ **entro la data in cui l'Assicurazione finisce** o il momento in cui un Assicurato viene escluso.



Nell'Annualità assicurativa il totale degli Indennizzi non può superare la Somma assicurata indicata in Polizza, indipendentemente dal numero di Sinistri.

Che cosa è la Malattia?

È l'alterazione dello stato di salute che non dipende da un Infortunio. **Si precisa che la gravidanza non è considerata una Malattia.**



Zurich può chiedere di compilare il Questionario Anamnestico per valutare le condizioni assuntive.

Chi e che cosa non è assicurato?



3.2 Limiti di età - Cessazione delle garanzie

Il Limite di età di ingresso in copertura è di 65 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni di ingresso per persone che superano i 65 anni

Se l'Assicurato compie 75 anni nel corso della durata contrattuale, l'Assicurazione termina alla prima scadenza annuale dopo il compimento dei 75 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni e mantenere in copertura la persona che superai 75 anni.

3.3 Sinistri che non sono coperti dalla garanzia Invalità Permanente da Malattia

Zurich non assicura:

- ⊗ **le Invalità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione**
- ⊗ **le Invalità Permanenti dovute a condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione.**

Sono escluse dall'Assicurazione le conseguenze di:

- Malattie mentali, psichiatriche, le forme maniaco depressive, la schizofrenia, gli stati paranoidi e i disturbi della sfera psicologica, morbo di Alzheimer, epilessia, demenze e alterazioni patologiche organiche del cervello
- AIDS
- Malattie tropicali
- Intossicazioni causate da alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- Trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche
- Trasformazioni (dirette o indirette) o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati; accelerazioni di

- particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.)
- g. Contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che sono nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o Cyberterrorismo, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare
- h. Malattie, malformazioni e stati patologici che hanno richiesto cure, esami o Diagnosi prima della firma della Polizza.

3.4 Periodi di Carenza

Non sono coperte le Invalidità Permanenti causate da:

- ⊗ Malattie che si sono Manifestate nei 90 giorni (periodo di Carenza) successivi alla data di decorrenza dell'Assicurazione o all'inserimento di un nuovo Assicurato, anche se diagnosticate in seguito.

Se questa Polizza sostituisce, senza interruzioni, un'altra Polizza che assicura l'Invalidità Permanente da Malattia degli stessi Assicurati, i giorni di Carenza si calcolano:

- dal giorno di decorrenza della Polizza sostituita per le garanzie già presenti e le stesse Somme assicurate
- dal giorno di decorrenza di questa Polizza, solo per le maggiori somme e le diverse garanzie previste da questa Polizza rispetto alla Polizza sostituita.



Le Malattie che si Manifestano nel periodo di Carenza non danno diritto ad alcun Indennizzo che deriva dalla copertura assicurativa anche se la Diagnosi viene certificata a periodo di Carenza compiuto. Anche il Ricovero iniziato durante il periodo di Carenza e proseguito oltre non dà diritto alla Prestazione prevista dall'Assicurazione.

Cosa fare in caso di Sinistro?



3.5 Come si denuncia il Sinistro

L'Assicurato deve:

1. **acquisire il parere medico circa l'eventuale Invalidità Permanente da Malattia ogni volta che riceve una Diagnosi di Malattia, al massimo entro 6 mesi dalla Diagnosi**
2. **se dal parere risulta che la Malattia può comportare qualsiasi tipo di Invalidità Permanente, inviare subito la denuncia a Zurich; la denuncia deve indicare anche:**
 - eventuali altre Assicurazioni che coprono lo stesso Rischio (se possibile indicare numero di Polizza e compagnia assicurativa)
 - numero di Polizza e nome e cognome del Contraente
 - indirizzo email e numero di telefono del Contraente o dell'Assicurato
3. **fare una denuncia per ogni singola patologia diagnosticata indicando i postumi invalidanti da accertare**
4. **firmare la denuncia.**



La denuncia è un obbligo: chi non la presenta può perdere, in tutto o in parte, il diritto all'Indennizzo (art. 1915 del Codice Civile, *Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio*).

Oltre alla denuncia scritta, devono essere inviati all'Intermediario assicurativo o a Zurich:

- certificazione medica sulla natura della Malattia
- cartelle cliniche in caso di Ricovero e ogni altra documentazione utile per valutare i postumi invalidanti.

Dopo la denuncia **devono essere inviati all'Intermediario assicurativo o a Zurich:**

- informazioni sullo sviluppo della Malattia (ad esempio cartelle cliniche in caso di Ricovero)
- ogni altra documentazione utile per valutare i postumi invalidanti.

Come è gestito il Sinistro?



3.6 Chi e come valuta il danno

Le conseguenze invalidanti del Sinistro sono concordate in uno di questi due modi:

- **direttamente da Zurich** o da una persona da questa incaricata, insieme al Contraente o Assicurato o con una persona da lui nominata

- **a richiesta di una delle Parti**, tra due medici nominati uno da Zurich e uno dal Contraente o Assicurato con apposito atto unico.

Ciascun medico può farsi assistere o affiancare da altri medici specialisti, che potranno intervenire nella perizia senza però avere alcun potere decisionale.

Se una delle Parti non si attiva, può farlo l'altra. Dopo 20 giorni dalla comunicazione di richiesta di nomina del medico, la Parte può richiedere al Consiglio dell'Ordine dei medici, con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio medico, di nominare il medico di parte.

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

Se non c'è accordo sulle conseguenze invalidanti del Sinistro o se uno dei medici lo richiede:

- entro 30 giorni dalla data in cui hanno verbalizzato le conseguenze invalidanti, i due medici devono nominarne un terzo scelto tra una terna di nominativi proponibile da entrambe le Parti
- se non c'è accordo verbalizzato su alcuno dei nominativi proposti, la Parte più attiva propone altri nominativi entro 30 giorni dalla data del verbale
- se non si arriva a un accordo, ciò viene verbalizzato; entro 20 giorni dalla data del verbale la Parte più attiva chiede al Consiglio dell'Ordine dei medici, con giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio medico, di nominare un terzo medico.

Le decisioni sui punti controversi sono prese dal Collegio medico a maggioranza.

Zurich e l'Assicurato pagano ciascuno le spese del proprio medico e di eventuali esperti incaricati, più il 50% delle spese del terzo medico.

3.7 Che cosa fa il medico

Il medico legale deve:

- verificare se la patologia è insorta nel Periodo di Assicurazione tenendo conto dei periodi di Carenza
- accertare le conseguenze invalidanti della Malattia presenti al momento della visita
- stabilire il valore della lesione sulla base della Tabella di valutazione medico-legale INAIL.

3.8 Tempi di gestione del Sinistro

Dopo aver ricevuto la denuncia di Sinistro e la relativa documentazione, Zurich ha 60 giorni per:

- esaminare la documentazione e fare le proprie valutazioni
- proporre un Indennizzo oppure rifiutare la richiesta di Indennizzo indicandone in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni.

Entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto la documentazione, Zurich può richiedere altra documentazione specifica, indicandone il motivo al Contraente o all'Assicurato o al Beneficiario.

Dalla data in cui riceve la documentazione integrativa Zurich ha 30 giorni per confermare o rifiutare la richiesta di Indennizzo.

Se Zurich incarica dei fiduciari (periti, accertatori, ecc.), il termine per confermare o rifiutare la richiesta di Indennizzo è di 30 giorni dalla data in cui riceve la perizia.

3.9 Pagamento dell'Indennizzo

Zurich paga l'Indennizzo entro 15 giorni dalla data in cui il Contraente, l'Assicurato o il Beneficiario consegnano la seguente documentazione:

- atto di quietanza firmato o copia della documentazione equivalente con cui si accetta l'offerta di Indennizzo
- copia del documento di riconoscimento valido e codice fiscale del Beneficiario del pagamento
- intestatario del conto corrente e codice IBAN del conto sul quale effettuare il bonifico
- in caso di delega all'incasso, copia del documento di riconoscimento valido, codice fiscale e IBAN del delegato.

Se non c'è subito accordo sull'ammontare dell'Indennizzo, in attesa della decisione del Collegio medico, Zurich paga l'importo che ha determinato e offerto. L'importo potrà essere adeguato in base alle decisioni del Collegio medico.

3.10 Criteri di indennizzabilità

Zurich paga l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata. Se la Malattia colpisce un Assicurato che ha già altre patologie, Zurich non indennizza il maggior danno che deriva da condizioni menomative coesistenti.

Le “Malattie coesistenti” sono le Malattie o Invalidità che l'Assicurato già aveva e che non hanno causato peggioramenti della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata, perché interessano sistemi organo funzionali diversi.

Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono valutate di nuovo, né se si aggravano né se concorrono con nuove Malattie. Le “Malattie concorrenti” sono le Malattie o Invalidità che l'Assicurato già aveva e che possono peggiorare la Malattia denunciata e l'Invalidità da essa causata, perché interessano lo stesso sistema organo funzionale.

Se la Malattia colpisce un Assicurato la cui Invalidità è già stata accertata per una Malattia precedente, l'ulteriore Invalidità viene quindi valutata in modo autonomo, senza considerare il maggior danno causato dalla preesistente condizione menomativa.

3.11 Determinazione del grado di Invalidità Permanente da Malattia

Il grado di Invalidità Permanente da Malattia è determinato secondo le percentuali contenute nella Tabella di valutazione medico-legale INAIL.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dalla Tabella di valutazione medico-legale INAIL, la valutazione è effettuata dal medico legale che tiene conto, con riguardo ai casi di Invalidità Permanente previsti, della diminuzione Permanente della capacità generica di svolgere qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Zurich dispone l'accertamento per determinare il grado di Invalidità Permanente da Malattia nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della Malattia.

3.12 Determinazione dell'Indennizzo

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia è personale, quindi non può essere trasmesso a Beneficiari, eredi o aventi causa.

Se l'Assicurato decede prima che l'Indennizzo determinato con le modalità previste al punto 3.10 *Criteri di indennizzabilità* sia pagato, Zurich paga agli eredi, aventi causa o Beneficiari, in alternativa:

- l'importo già concordato con l'Assicurato
- l'importo offerto all'Assicurato

Se l'Assicurato decede a causa della Malattia denunciata prima dell'accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia, e sono trascorsi 6 mesi dalla denuncia della Malattia stessa, Zurich paga agli eredi, aventi causa o Beneficiari l'importo determinabile con le modalità previste al punto 3.10 *Criteri di indennizzabilità*. Questo avviene dopo aver ricevuto i documenti previsti al punto 3.5 *Come si denuncia il Sinistro*.

Se l'Assicurato decede per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima che siano effettuati gli accertamenti e le verifiche previste in Polizza, Zurich paga agli eredi, aventi causa o Beneficiari l'importo determinabile con le modalità previste al punto 3.10 *Criteri di indennizzabilità*. Questo avviene dopo aver ricevuto i documenti previsti al punto 3.5 *Come si denuncia il Sinistro*.

Zurich si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dalla data in cui ha ricevuto i documenti elencati al punto 3.5 *Come si denuncia il Sinistro*.



Tabelle della Sezione 3 - Invalidità Permanente da Malattia

3.13 Tabella di Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia

La percentuale di Indennizzo per l'Invalidità Permanente da Malattia è applicata come segue:

- Per il grado di Invalidità inferiore al 24% l'Indennizzo non è pagato;
- Per il grado di Invalidità superiore al 24% l'Indennizzo è determinato secondo la percentuale indicata nella Tabella di Indennizzo di seguito riportata.

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

Sezione 4

Rimborso Spese Mediche



Che cosa è assicurato e come?

Zurich rimborsa all'Assicurato le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia che si verificano nel corso dell'anno assicurativo.



Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale e con l'applicazione di Franchigia e Scoperto indicati nella tabella di riepilogo al punto 4.18.

4.1 Ricovero con o senza Intervento chirurgico

effettuato in Istituto di Cura, in Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale effettuato anche in ambulatorio privato, Ricovero a seguito di parto naturale o cesareo e aborto spontaneo o terapeutico **fino al Massimale indicato in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18**. Zurich rimborsa le spese per:

- ✓ gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti e relativi al Ricovero stesso. Il numero di giorni di pre e post Ricovero è indicato in Polizza;
- ✓ gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipa all'Intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;
- ✓ apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- ✓ l'assistenza medica e infermieristica le cure e gli accertamenti diagnostici, i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, cure omeopatiche ed esami riguardanti il periodo di Ricovero;
- ✓ la retta di degenza, **senza limite se ci si avvale della forma Diretta e con il limite di 350 euro al giorno in caso di forma Indiretta**;
- ✓ il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il Ricovero, in Italia ed all'estero, **con il Limite massimo per Anno di 3.000 euro**;
- ✓ le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la fine del Ricovero come: esami, acquisto di medicinali, Prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei giorni successivi al Ricovero;
- ✓ vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se non c'è disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato. Zurich rimborsa vitto e pernottamento dell'accompagnatore **fino a 80 euro al giorno per un massimo di 40 giorni**;
- ✓ parto naturale o cesareo, aborto spontaneo o terapeutico avvenuto in Istituto di Cura, **con i seguenti Massimali**:

Prestazione	Massimale
Parto naturale	3.000 euro
Parto cesareo e aborto terapeutico	5.000 euro

- ✓ Chirurgia refrattiva / correzione miopia. Sono rimborsate le spese, solo per gli interventi effettuati:
 - in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

Zurich rimborsa queste spese **fino a 4.000 euro, di cui 2.000 euro per occhio**.

- ✓ Le spese di Ricovero sono estese anche ai Trapianti
Se l'Assicurato è donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, Zurich rimborsa le spese come sopra descritto.
In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di Ricovero del donatore vivente per il prelievo dell'organo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.



**Se l'Assicurato utilizza il S.S.N. l'importo dei ticket è rimborsabile al 100%.
In caso contrario si applica quanto previsto ai punti 4.16 Forma Diretta e 4.17 Forma Indiretta.**



La garanzia è valida nella Forma Diretta e nella Forma Indiretta descritte ai punti 4.16 e 4.17.

4.2 Alta diagnostica

Zurich rimborsa le spese sanitarie per:

- ✓ Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- ✓ Risonanza magnetica nucleare
- ✓ TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- ✓ Medicina Nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.)
- ✓ Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc)
- ✓ Elettrocardiogramma sotto Sforzo
- ✓ Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- ✓ Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Rettocolonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia
- ✓ Esami Istologici
- ✓ Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- ✓ Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- ✓ Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- ✓ Elettroencefalografia
- ✓ Elettromiografia
- ✓ Uroflussometria
- ✓ M.O.C. (Mineralometria ossea computerizzata)
- ✓ D.O.C. (Densitometria ossea computerizzata)

Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale, con l'applicazione della Franchigia e dello Scoperto indicati in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18



Se l'Assicurato utilizza il S.S.N. l'importo dei ticket è rimborsabile al 100%.
In caso contrario si applica quanto previsto ai punti 4.16 *Forma Diretta in Strutture Convenzionate* e 4.17 *Forma Indiretta*.



La garanzia è valida nella Forma Diretta in Strutture Convenzionate e nella Forma Indiretta descritte ai punti 4.16 e 4.17.

4.3 Visite specialistiche e analisi

Zurich rimborsa le spese sanitarie per:

- ✓ onorari medici per Visite specialistiche, **esclusi quelli per le visite odontoiatriche ed ortodontiche**. Per quanto riguarda le **visite pediatriche, a seguito di Infortunio o Malattia, è inclusa esclusivamente una visita per Anno**;
- ✓ assistenza medico - infermieristica a Domicilio richiesta dal medico curante, o dal pronto soccorso o guardia medica, con il **Limite giornaliero di 35 euro al giorno con il massimo di 525 euro**;
- ✓ analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici con **esclusione di quelli elencati al punto 4.2 *Alta Diagnostica***;
- ✓ Trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio apparecchiature per Trattamenti fisioterapici;
- ✓ agopuntura ed elettroagopuntura se prescritta ed effettuata da medici iscritti all'albo;
- ✓ cure termali, con esclusione delle spese di natura alberghiera;

Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale, con l'applicazione della Franchigia e dello Scoperto indicati in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18



Se l'Assicurato utilizza il S.S.N. l'importo dei ticket è rimborsabile al 100%.
In caso contrario si applica quanto previsto ai punti 4.16 *Forma Diretta* e 4.17 *Forma Indiretta*.



La garanzia è valida nella Forma Diretta in Strutture Convenzionate e nella Forma Indiretta descritte ai punti 4.16 e 4.17.

4.4 Terapie Oncologiche

Zurich rimborsa le spese per terapie extra-Ricovero per Malattie neoplastiche (come per esempio: cicli completi di radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia e similari)

Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale indicato in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18



Se l'Assicurato utilizza il S.S.N. l'importo dei ticket è rimborsabile al 100%.
In caso contrario si applica quanto previsto ai punti 4.16 *Foma Diretta in Strutture Convenzionate* e 4.17 *Foma Indiretta*.



La garanzia è valida nella Forma Diretta in Strutture Convenzionate e nella Forma Indiretta descritte ai punti 4.16 e 4.17.

4.5 Protesi ortopediche, acustiche e oculari

Zurich rimborsa le spese per l'acquisto di:

- ✓ protesi ortopediche
- ✓ apparecchi acustici / vocali / oculari

Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale indicato in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18.



Se l'Assicurato utilizza il S.S.N. l'importo dei ticket è rimborsabile al 100%.
In caso contrario si applica quanto previsto ai punti 4.16 *Foma Diretta*.



La garanzia è valida nella Forma Indiretta descritta al punto 4.17.

4.6 Ticket servizio sanitario nazionale

Zurich rimborsa integralmente gli importi dei ticket se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale per le Prestazioni descritte in questa sezione.

4.7 Rimborso spese per soggetti non autosufficienti

Se l'Assicurato subisce un Infortunio o una Malattia che causa una perdita di autosufficienza permanente o per un periodo superiore a 90 giorni nelle attività quotidiane primarie, Zurich rimborsa le spese documentate sostenute per:

- ✓ personale medico o infermieristico qualificato,
- ✓ assistenza sanitaria mirata a favorire l'autonomia e la permanenza a Domicilio dell'Assicurato non autosufficiente,
- ✓ oppure per servizi simili offerti presso strutture residenziali o semi-residenziali legalmente autorizzate.

Zurich rimborsa queste spese fino al Massimale indicato in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18 e solo se la perdita di autosufficienza:

- si verifica dopo la data di inizio del contratto
- viene certificata da una struttura pubblica competente o dal medico curante in base ai criteri indicati nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza"
- le relative spese sono sostenute durante il periodo di validità dell'Assicurazione. L'Assicurazione termina alla scadenza annuale dopo il pagamento del rimborso, anche se la non autosufficienza è temporanea.
- L'Assicurazione termina alla scadenza annuale dopo il pagamento del rimborso, anche se la non autosufficienza è temporanea.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza.

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza viene valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione viene fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza e da documentazione clinica (ricoveri, Visite specialistiche, accertamenti strumentali) che riporta le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia o dell'Infortunio causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Attività	Grado	Descrizione	Punteggio
Farsi il bagno	1°	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	0
	2°	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
	3°	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
Vestirsi e svestirsi	1°	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
	2°	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	5
	3°	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	10
Igiene del corpo	1°	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività: identificati con (1), (2) e (3): 1. andare al bagno 2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi 3. effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
	2°	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
	3°	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
Mobilità	1°	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi	0
	2°	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, per esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	5
	3°	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	10
Continenza	1°	L'Assicurato è completamente continente	0
	2°	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
	3°	L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
Bere e mangiare	1°	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
	2°	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere	5
	3°	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

4.8 Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il Ricovero per Evento indennizzabile a termini di Polizza, **Zurich rimborsa** le spese per il rimpatrio della salma, fino al Massimale indicato in Polizza e nella tabella di riepilogo al punto 4.18.

4.9 Indennità sostitutiva

Se:

- le spese sanitarie descritte al punto 4.1 *Ricovero con o senza Intervento chirurgico* sono sostenute a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

e

- il totale delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del Ricovero o la data dell'intervento e nei 30 giorni successivi la dimissione è inferiore a 750 euro,

Zurich paga un'indennità di 300 euro per ogni giorno di Ricovero, con o senza intervento, in Istituto di Cura.

Il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non è considerato giorno di Ricovero.

4.10 Rischio guerra all'estero

Zurich riconosce l'Indennizzo per Infortuni causati da Guerra (anche civile), insurrezioni, invasioni, occupazioni militari avvenuto **entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, momento desumibile dalle circostanze di fatto, solo se l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da questi eventi inaspettati mentre si trovi già all'estero.**



Come funziona l'Assicurazione?

4.11 Forma integrativa

In alternativa alla Forma Completa se l'Assicurato è iscritto ad un Fondo di Categoria (FASI, FASDAC, ecc.), **Zurich rimborsa** le spese sanitarie ad integrazione di quanto già rimborsato dal Fondo di Categoria.

In caso di non utilizzo delle Prestazioni previste dal Fondo di Categoria, Zurich applica uno Scoperto del 25% a carico dell'Assicurato quando:

- L'Assicurato non ha richiesto il rimborso totale o parziale al Fondo di Categoria
- L'Assicurato non ha ottenuto il rimborso dal Fondo di Categoria



Chi e che cosa non è assicurato?

4.12 Persone non assicurabili

Zurich non assicura le persone affette da:

- ⊗ alcolismo
- ⊗ tossicodipendenza, AIDS

Se queste patologie colpiscono l'Assicurato durante l'Annualità assicurativa:

- l'Assicurazione finisce alla prima scadenza annuale dopo la data della Diagnosi
- la valutazione concreta dello stato di salute dell'Assicurato non è rilevante
- l'incasso dei Premi non significa che la garanzia è valida e Zurich rimborsa al Contraente questi Premi senza le imposte.

4.13 Limiti di età - Cessazione delle garanzie

Il Limite di età dell'Assicurato di ingresso in copertura è di 65 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni di ingresso per Assicurati che superano i 65 anni di età.

Se una persona compie 75 anni nel corso della durata contrattuale, l'Assicurazione termina alla prima scadenza annuale dopo il compimento dei 75 anni. Zurich può valutare eventuali eccezioni e mantenere in copertura la persona che supera i 75.

4.14 Eventi che non sono coperti dalle garanzie della sezione Rimborso Spese Mediche

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- a. le Malattie mentali, ad eccezione di quelli che comportano un Intervento chirurgico;
- b. gli infortuni dovuti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando operante l'Assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- c. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d. A.I.D.S.;

- e. l'aborto volontario non terapeutico;
- f. le Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o se conseguente ad Intervento Chirurgico oncologico);
- g. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto al punto 4.5;
- h. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- i. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, Guerre (salvo quanto riportato al punto 4.10 Rischio di Guerra all'estero); atti di terrorismo;
- l. gli infortuni derivanti da sport aerei;
- m. il Rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- n. le spese, in genere, non conseguenti ad una alterazione dello stato di salute;
- o. le Prestazioni non effettuate da medici;
- p. gli Infortuni e Malattie derivanti dallo svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata;
- q. Malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio anteriormente alla stipula della Polizza;
- r. spese di natura alberghiera in caso di cure termali;
- s. le Malattie preesistenti;
- t. la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso non è considerato Day Hospital;
- u. non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.
- v. le cure dentarie e relative spese per interventi, accertamenti, visite specialistiche, cure dentarie, cura della parodontite e protesi dentarie ad eccezione di quelle conseguenti a lesioni da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- v. le conseguenze gli di Infortuni avvenuti a causa di crisi ipoglicemiche o iperglicemiche in un Assicurato con diabete mellito insulinodipendente.



Cosa fare in caso di Sinistro?

4.15 Come si denuncia il Sinistro

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

1. denunciare il Sinistro **entro 5 giorni** da quando ne hanno avuto conoscenza, o comunque appena ne abbiano la possibilità. La denuncia di Sinistro può essere fatta tramite:
 - il proprio Intermediario assicurativo
 - l'app MyAssistance da Play-store o dall' App-Store,
 - portale web: <https://app.myassistance.eu>
2. Allegare alla denuncia la documentazione:
 - Per Ricovero: copia della Cartella clinica e tutta la documentazione delle spese sostenute prima, durante e dopo il Ricovero
 - Se non vi è stato Ricovero: copia della documentazione delle spese sostenute con la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico



La denuncia è un obbligo: chi non la presenta può perdere, in tutto o in parte, il diritto all'Indennizzo (art. 1915 del Codice Civile, *Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio*).

L'Assicurato, i suoi Familiari o i suoi aventi diritto devono permettere a Zurich di svolgere le indagini o gli accertamenti ritenuti necessari sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato

Se l'Assicurato riceve rimborso da parte di Fondi deve inviarla documentazione di liquidazione di questi Enti insieme alle fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Documentazione scritta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere tradotta in italiano. In mancanza, eventuali spedi di traduzione restano a carico dell'Assicurato.



Come è gestito il Sinistro?

4.16 Forma Diretta

Zurich, tramite MyAssistance, mette a disposizione dell'Assicurato un Network di Strutture Sanitarie convenzionate distribuite in tutta Italia.

Se l'Assicurato decide di utilizzare le strutture sanitarie convenzionate e/o l'equipe medica convenzionata, non deve pagare o anticipare alcuna somma per le Prestazioni ricevute, sempre se indennizzabili, tranne l'importo della Franchigia se prevista.

L'Assicurato, per accedere al Network di Strutture Sanitarie Convenzionate deve seguire la **procedura di Preattivazione**:

1. individuare la Struttura Sanitaria più adatta:
 - consultando il sito <http://www.myassistance.it>, alla voce "Network" o
 - contattando la Centrale Operativa al numero 02.303500038,
2. farsi riconoscere dalla Struttura Sanitaria come Assicurato Zurich convenzionato MyAssistance, eventualmente presentando la relativa card scaricabile dall'app MyAssistance da Play-store o dall' App-Store,
3. fissare un appuntamento (giorno e ora) con la Struttura Sanitaria scelta accertandosi che anche l'Equipe Medica aderisca al circuito convenzionato.
4. Inviare a MyAssistance la richiesta di preattivazione con il certificato medico che indica la Diagnosi di Malattia e la Prestazione richiesta. La richiesta deve essere inviata **almeno 2 giorni lavorativi** prima della data dell'appuntamento:
 - rivolgendosi al proprio Intermediario assicurativo
 - tramite:
 - l'app MyAssistance da Play-store o dall' App-Store,
 - portale web : <https://app.myassistance.eu>

In caso di necessità l'Assicurato potrà contattare la centrale operativa di MyAssistance attiva nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08.30 alle 18.00, al numero 02.303500038, oppure inviare una mail all'indirizzo corporate.zurich@myassistance.it.

La Centrale Operativa di MyAssistance provvede a:

- verificare che l'Assicurato ha diritto alla Prestazione"
- "in caso di dubbi può sospendere la presa in carico e richiedere altri documenti a integrazione della richiesta"
- "negare o autorizzare la presa in carico in forma diretta del Sinistro"

My Assistance comunicherà all'Assicurato la conferma della presa in carico e l'invio dell'autorizzazione alla Struttura Sanitaria scelta

Pagamento del Sinistro

Zurich paga, tramite MyAssistance, direttamente alla Struttura Sanitaria convenzionata e/o all'Equipe Medica convenzionata le fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato. **Zurich paga solo se il Sinistro è indennizzabile in base alle condizioni di Assicurazione e fino al Massimale indicato in Polizza.** Le spese sono pagate al netto di Franchigia o Scoperto previsti a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato:

- paga direttamente le spese per Prestazioni non coperte dall'Assicurazione, non autorizzate, e le somme che superano il Massimale disponibile
- rimborsa a Zurich le somme corrisposte agli Istituti di Cura ed ai medici, se si accerta la non validità, l'inoperatività o l'inefficacia dell'Assicurazione.

La Centrale Operativa Sanitaria è disponibile dal lunedì al venerdì, nei giorni feriali, dalle ore 08.30 alle ore 18.00 telefonando al numero:

02.303500038

L'elenco degli Istituti di Cura, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati, sono disponibili sul sito <https://app.myassistance.eu>

4.17 Forma Indiretta

Se l'Assicurato sostiene direttamente le spese per Prestazioni indennizzabili a termini di Polizza potrà poi effettuare la richiesta di rimborso:

1. rivolgendosi al proprio Intermediario assicurativo
2. in autonomia tramite:
 - l'app MyAssistance dal Play-store o dal App-Store,
 - portale web : <https://app.myassistance.eu>

In caso di necessità l'Assicurato potrà contattare la centrale operativa di MyAssistance attiva nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08.30 alle 18.00, al numero 02.303500038, oppure inviare una mail all'indirizzo corporate.zurich@myassistance.it.

Allegando la seguente documentazione:

- Area Ricovero: copia della cartella clinica e di tutte le spese sostenute durante il Ricovero e nei 120 giorni precedenti e successivi;
- Area extra Ricovero: tutte le spese sostenute con relativa prescrizione medica indicante il quesito diagnostico, gli accertamenti, le analisi e le terapie prescritte.

In caso di necessità MyAssistance potrà richiedere eventuali chiarimenti o documentazione aggiuntiva.

Interruzione Servizio MyAssistance s.r.l.

Zurich può cambiare in qualsiasi momento la compagnia specializzata MyAssistance che gestisce i Sinistri della sezione 4 Rimborso Spese Mediche.

Zurich deve comunicare la modifica almeno 45 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione:

- La cessazione o la sostituzione di MyAssistance coincide alla scadenza dell'Assicurazione successiva alla comunicazione
- Nel solo caso di cessazione senza sostituzione, il Contratto continua a essere valido per tutte le Prestazioni previste
- Nel solo caso di cessazione senza sostituzione, il Contraente può recedere dall'Assicurazione. Lo deve comunicare a Zurich tramite lettera raccomandata A/R entro la prima scadenza annua in cui è avvenuta la cessazione. Il Recesso parte dalla fine dell'annualità in cui è stata esercitata la facoltà di Recesso.



Tabelle della Sezione 4 - Rimborso spese mediche

4.18 Tabella di riepilogo delle condizioni delle Prestazioni

GARANZIE / PRESTAZIONI		CONDIZIONI
4.1 Ricovero con o senza Intervento chirurgico		Massimale: 500.000,00 euro Forma Diretta in strutture convenzionate: rimborso al 100% Forma Indiretta: Franchigia 750 euro
	Retta di degenza	Forma Diretta in strutture convenzionate: nessun limite Forma Indiretta: limite 350 euro al giorno
	Periodo pre / post Ricovero	120 giorni / 120 giorni
	Parto naturale	Sub Massimale: 3.000 euro
	Parto Cesareo ed Aborto terapeutico	Sub Massimale: 5.000 euro
	Correzione Miopia	Sub Massimale 4.000 euro di cui 2.000 euro per occhio
	Accompagnatore	80 euro al giorno per un massimo di 40 giorni
	Trasporto Assicurato	Limite per Anno 3.000 euro
4.2 Alta diagnostica		Massimale: 10.000 euro Forma Diretta: Scoperto 20% con il minimo di 100 euro Forma Indiretta: Scoperto 25% minimo 150 euro
4.3 Visite specialistiche e analisi		Massimale: 5.000 euro Forma Diretta: Scoperto 20% con il minimo di 80 euro Forma Indiretta: Scoperto 25% minimo 100 euro
4.4 Terapie oncologiche		Massimale: 7.500 euro Rimborso al 100%
4.5 Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche		Massimale: 3.000 euro Rimborso al 100%
4.6 Ticket SSN		Rimborso al 100%
4.7 Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti		Massimale 10.000 euro
4.8 Rimpatrio salma		2.000 euro
4.9 Indennità sostitutiva		300,00 euro al giorno

Sezione 5

Assistenza

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri coperti da questa garanzia, Zurich si affida a **Mapfre Asistencia S.A. con sede in Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI), che opera con il marchio commerciale MAWDY.**

Per richiedere Assistenza chiamare:

800-181515 per le chiamate dall'Italia

+39.015-2559790 per le chiamate dall'estero o da Rete mobile



Zurich può cambiare in qualsiasi momento la Compagnia specializzata che fornisce la garanzia Assistenza. Se la cambia, lo comunica sul sito www.zurich.it o nell'area riservata. Il cambiamento non modificherà né peggiorerà in alcun modo le condizioni contrattuali e di Premio.



Che cosa è assicurato e come?

5.1 Quando e come vi assistiamo

L'assistenza è attiva 24 ore su 24 anche in caso di Attacchi Cyber

Ad eccezione di diverse coperture territoriali indicate all'interno delle singole Prestazioni, la garanzia vale in tutto il mondo per i soli Assicurati residenti e domiciliati all'interno del Territorio Italiano, per:

- Infortunio (per tutte le Prestazioni);
- patologie o complicanze correlate a gravidanza e/o parto (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12);
- aborto, trapianti di organi (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12);
- Malattia dell'Assicurato (per tutte le Prestazioni da 5.2.1 a 5.4.12);
- alterazione improvvisa dello stato di salute per le sole Prestazioni da 5.2.1 a 5.2.9.

Il Contraente può scegliere tra 3 forme di Assistenza:

- **Forma Base**, comprende le Prestazioni dal punto 5.2.1 al punto 5.2.9
- **Forma Plus**, comprende le Prestazioni della forma Base più le Prestazioni descritte dal punto 5.3.1 al punto 5.3.23
- **Forma Top**, comprende le Prestazioni della forma Plus più le Prestazioni descritte dal punto 5.4.1 al punto 5.4.13

La forma scelta è indicata in Polizza.

5.2 Assistenza Forma base: cosa copre l'Assicurazione

5.2.1 ASSISTENZA MEDICA TELEFONICA GENERICA CON MEDICO DI FIDUCIA

Se l'Assicurato ha bisogno di consigli urgenti per la sua salute, può chiamare la Struttura Organizzativa per richiedere assistenza medica telefonica.

L'Assicurato viene messo in contatto con uno dei medici della Struttura Organizzativa per valutare lo stato di salute e ricevere le prime indicazioni sulla cura da seguire.

Se l'Assicurato ha bisogno di ulteriori consigli può scegliere di contattare:

- il medico specialista iniziale; la Prestazione sarà organizzata entro 24 ore dalla richiesta
- il primo medico specialista disponibile; la Prestazione sarà organizzata entro 4 ore dalla richiesta

L'assistenza medica telefonica non costituisce Diagnosi ed è basata sulle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Zurich paga il costo della Prestazione ogni volta che l'Assicurato lo richiede, anche più volte per lo stesso Sinistro, senza limiti nel corso dell'anno assicurativo.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni, 24 ore su 24, ed è organizzata entro 30 minuti dalla richiesta.

5.2.2 ASSISTENZA PEDIATRICA TELEFONICA GENERICA CON MEDICO DI FIDUCIA

Se l'Assicurato ha bisogno di consigli urgenti per la salute di uno dei figli minori di 16 Anni può chiamare la Struttura Organizzativa per richiedere assistenza medica pediatrica telefonica.

L'Assicurato viene messo in contatto con uno dei pediatri della Struttura Organizzativa per valutare lo stato di salute e ricevere le prime indicazioni sulla cura da seguire.

Se l'Assicurato ha bisogno di ulteriori consigli può scegliere di contattare:

- il medico specialista iniziale; la Prestazione sarà organizzata entro 24 ore dalla richiesta
- il primo medico specialista disponibile; la Prestazione sarà organizzata entro 4 ore dalla richiesta

L'assistenza medica telefonica non costituisce Diagnosi ed è basata sulle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Zurich paga il costo della Prestazione ogni volta che l'Assicurato lo richiede, anche più volte per lo stesso Sinistro, senza limiti nel corso del Periodo assicurativo.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni, 24 ore su 24, e sarà organizzata entro 30 minuti dalla richiesta.

5.2.3 VIDEO CONSULTO MEDICO CON MEDICO DI FIDUCIA

Se l'Assicurato ha bisogno di informazioni e consigli urgenti per valutare il suo stato di salute, può chiamare la Struttura Organizzativa per richiedere un video consulto medico.

La Struttura Organizzativa raccoglie le informazioni preliminari relative alle esigenze connesse allo stato di salute dell'Assicurato. Successivamente, organizza un collegamento video tramite piattaforma web tra l'Assicurato e un medico specialista per una prima consulenza medica.

Se l'Assicurato ha bisogno di ulteriori consigli può scegliere di contattare:

- il medico specialista iniziale; la Prestazione sarà organizzata entro 24 ore dalla richiesta
- il primo medico specialista disponibile; la Prestazione sarà organizzata entro 4 ore dalla richiesta

L'assistenza medica tramite video consulto non costituisce Diagnosi ed è basata sulle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Zurich paga il costo della Prestazione ogni volta che l'Assicurato lo richiede, anche più volte per lo stesso Sinistro, senza limiti nel corso dell'anno assicurativo.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni, 24 ore su 24, e sarà organizzata entro 30 minuti dalla richiesta.

5.2.4 INVIO DI UN MEDICO/PEDIATRA A DOMICILIO

Se a seguito delle Prestazioni 5.2.1 e 5.2.2 i medici della Struttura Organizzativa valutano necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa gli invia uno dei medici/pediatri convenzionati.

Zurich paga il costo di invio del medico con un massimo di 3 Sinistri per Periodo assicurativo e 1 Prestazione per Sinistro.

L'Assicurato paga le spese per le cure, gli esami, le ulteriori visite e i medicinali prescritti dal medico. La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.2.5 TRASPORTO PRESSO UN CENTRO MEDICO

Se a seguito delle Prestazioni 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3 i medici della Struttura Organizzativa valutano necessario il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro medico attrezzato più vicino al suo Domicilio, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più adatto tra:

- autoambulanza
- noleggio con conducente
- taxi

Zurich paga la spesa fino all'importo necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno) con un massimo di 3 Sinistri per Periodo assicurativo e 1 Prestazione per Sinistro.

In caso di emergenza la Struttura Organizzativa non può sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118).

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.2.6 PRESCRIZIONE MEDICA

I medici della Struttura Organizzativa se in seguito alle Prestazioni 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3 lo ritengono necessario possono:

- prescrivere un farmaco su ricetta medica bianca, cioè non emessa dal SSN.
- prescrivere una Visita specialistica o un esame diagnostico, la Struttura su ricetta bianca cioè non emessa dal SSN;
- inviare un medico all'Assicurato per un esame obiettivo.

Zurich paga il costo della Prestazione ogni volta che l'Assicurato lo richiede, anche più volte per lo stesso Sinistro, senza limiti nel corso del Periodo assicurativo.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.2.7 CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Se l'Assicurato, come documentato dalla Cartella clinica non può ritirare i farmaci personalmente e ha bisogno di medicinali o articoli sanitari su indicazione medica scritta, può contattare la Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa organizza:

- il ritiro dell'indicazione medica scritta presso la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato e del denaro necessario all'acquisto dei medicinali o articoli sanitari;
- l'acquisto e la consegna a Domicilio di quanto indicato dal medico curante.

La consegna dei farmaci a Domicilio può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24. Il servizio è fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Sono esclusi dalla consegna i farmaci in classe A, ritenuti essenziali (salvavita) e classe H che non possono essere utilizzati al di fuori degli Istituti di cura.

Zurich paga il costo del ritiro di quanto indicato dal medico curante e della consegna dei farmaci o articoli sanitari, con il limite di 3 Sinistri per Periodo assicurativo e 2 Prestazioni per Sinistro.

L'Assicurato paga i costi relativi ai medicinali o articoli sanitari.

La Struttura Organizzativa definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio. La Prestazione deve essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di disporre il servizio.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.2.8 CARE MANAGEMENT

Se l'Assicurato, a seguito di terapia medico/farmacologica, ha bisogno di un periodo di Convalescenza presso il proprio Domicilio o la propria Residenza, chiama la Struttura Organizzativa che gli invia un:

- operatore sanitario/infermieristico;
- fisioterapista;
- collaboratore/collaboratrice familiare.

Il servizio è attivo da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Zurich paga il costo dell'individuazione del professionista senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

L'Assicurato paga la prenotazione e il costo delle eventuali Prestazioni.

5.2.9 CONSULTANT SERVICE - "CONCIERGE"

Se l'Assicurato ha bisogno di indicazioni su:

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

chiama la Struttura Organizzativa, che gli fornisce le informazioni richieste.

Il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00, esclusi i festivi.

5.3 Assistenza Forma plus: cosa copre l'Assicurazione

Oltre a tutte le Prestazioni dalla Forma Base, sono previste le seguenti Prestazioni.

Per le Prestazioni da 5.3.1 a 5.3.13 la Struttura Organizzativa definisce prima le modalità di erogazione del servizio.

Ogni Prestazione deve essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di organizzare il servizio.

5.3.1 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Se l'Assicurato è in Viaggio e necessita di cure che non possono essere eseguite dal primo centro ospedaliero che gli presta soccorso, dopo aver esaminato il quadro clinico e in accordo con il medico curante, la Struttura Organizzativa:

- individua e prenota l'Istituto di cura italiano o estero più attrezzato per la cura dell'Assicurato, tenendo conto delle disponibilità
- organizza il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più adatto tra:
 - aereo sanitario (solo nei paesi dell'Unione Europea, Svizzera e Regno Unito)
 - aereo di linea, classe economica, anche in barella
 - treno, prima classe, con vagone letto se necessario
 - autoambulanza, senza limiti di percorso
- assiste l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se richiesto dai medici della Struttura Organizzativa.

- organizza i contatti tra i medici e i Familiari nel corso del Ricovero, Day Hospital, Day Surgery.
Zurich paga i costi di 1 Sinistro per Periodo assicurativo e 1 Prestazione per Sinistro e fino a 3.000 euro nel Territorio Italiano e 10.000 euro all'Estero per Sinistro e Annualità assicurativa.

La Prestazione non vale per:

- le lesioni che i medici ritengono curabili presso l'unità ospedaliera della Regione dove è avvenuto il Sinistro;
- le terapie riabilitative.

5.3.2 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Se l'Assicurato durante un Viaggio all'estero ha bisogno di un interprete per parlare con i medici della struttura ospedaliera pubblica o privata dove è ricoverato, la Struttura Organizzativa glielo invia.

Zurich paga il costo dell'interprete.

La Prestazione vale in tutto il mondo **ad eccezione del Territorio Italiano.**

5.3.3 RIMPATRIO SALMA

Se l'Assicurato in Viaggio all'estero muore, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel Territorio Italiano

Zurich paga il costo del trasporto fino a un Massimale di 2.000 euro nel Territorio Italiano e 4.000 euro all'estero

Se il costo del trasporto è superiore al Massimale, prima di organizzare il trasporto la Struttura Organizzativa richiede adeguate garanzie per i costi superiori.

⊗ **Zurich non paga le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.**

5.3.4 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Se l'Assicurato non può tornare a casa alla data stabilita a causa di un Infortunio o Malattia dimostrato da una certificazione medica scritta, la Struttura Organizzativa organizza il prolungamento del soggiorno in albergo (solo pernottamento e prima colazione).

Zurich paga i costi di prolungamento del soggiorno fino a un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal Viaggio e fino a 1.000€ per Sinistro e Periodo assicurativo

Al suo ritorno l'Assicurato deve fornire tutta la documentazione necessaria per giustificare il prolungamento del soggiorno.

5.3.5 COLLEGAMENTO CONTINUO CON L'ISTITUTO DI CURA

Su richiesta, la Struttura Organizzativa aggiorna i Familiari sulle condizioni di salute dell'Assicurato in Viaggio.

Fornisce le notizie cliniche dopo il collegamento telefonico tra i propri medici e il medico curante sul posto.

Il servizio può essere fornito solo dopo l'acquisizione della liberatoria firmata dall'Assicurato.

5.3.6 SPESE D'ALBERGO

Se l'Assicurato in Viaggio deve essere ricoverato in una struttura ospedaliera, la Struttura Organizzativa cerca e prenota un albergo per i Familiari che sono con lui, nella località più vicina all'Istituto di cura dove è stato ricoverato.

Zurich paga i costi di pernottamento e di prima colazione, fino a un massimo di 80,00 euro al giorno e un massimo di 1.000,00 euro per Sinistro.

5.3.7 RIENTRO DEI FAMILIARI

Se l'Assicurato è in Viaggio in compagnia dei suoi Familiari e deve essere ricoverato in una struttura ospedaliera per un periodo superiore ai 10 giorni, la Struttura Organizzativa fornisce ai Familiari un biglietto aereo (**classe economica**) o ferroviario (**prima classe**) per rientrare alla propria Residenza o al proprio Domicilio nel Territorio Italiano se non sono in grado di rientrare con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato.

Zurich paga il costo del biglietto.

5.3.8 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Se l'Assicurato è in Viaggio e deve essere ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata per un periodo superiore a **10 giorni**, la Struttura Organizzativa fornisce a un parente residente nel Territorio Italiano un biglietto aereo (**classe economica**) o ferroviario (**prima classe**) di andata e ritorno.

Zurich paga il costo del biglietto.

5.3.9 SOGGIORNO DI UN FAMILIARE

Se necessario, in seguito alla Prestazione 5.3.8 la Struttura Organizzativa cerca e prenota un albergo per il Familiare

nella località più vicina all'Istituto di cura presso cui è ricoverato l'Assicurato.

Zurich paga i costi di pernottamento e di prima colazione, fino a un massimo di 80,00 euro al giorno e un massimo di 1.000,00 euro per Sinistro.

5.3.10 RICONGIUNGIMENTO

Se un Familiare, residente con l'Assicurato come da certificato di stato di famiglia, è in Viaggio e deve rientrare alla Residenza per ricongiungersi con l'Assicurato, la Struttura Organizzativa gli fornisce un biglietto aereo (**classe economica**) o ferroviario (**prima classe**) di andata e ritorno.

Zurich paga il costo del biglietto.

La Prestazione può essere richiesta nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura dell'Assicurato.

5.3.11 ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI

Se l'Assicurato in Viaggio è accompagnato da minori di 15 Anni assicurati e a seguito di un Infortunio o Malattia non può occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa fornisce un biglietto ferroviario (**prima classe**) o aereo (**classe economica**) di andata e ritorno per un Familiare convivente residente nel Territorio Italiano.

Il Familiare può raggiungere i minori, prendersene cura e riaccompagnarli alla loro Residenza nel Territorio Italiano.

Zurich paga il costo del biglietto, ma non le eventuali spese di soggiorno del Familiare.

L'Assicurato deve fornire il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del Familiare in modo che la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il Viaggio.

5.3.12 AUTISTA A DISPOSIZIONE PER INFORTUNIO E MALATTIA LONTANI DALL'ABITAZIONE

Se l'Assicurato è in Viaggio e a seguito di un Infortunio o Malattia non è in grado di guidare il suo Veicolo e nessuno degli eventuali altri passeggeri può sostituirlo per motivi oggettivi, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un autista per riportare il Veicolo e, se necessario, i passeggeri, alla Residenza o al Domicilio dell'Assicurato, seguendo l'itinerario più breve.

Zurich paga il costo dell'autista fino a un Massimale di 500 euro per Sinistro.

L'Assicurato paga le spese per il carburante e i pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

5.3.13 RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Se l'Assicurato in Viaggio viene dimesso da una struttura ospedaliera e deve rientrare alla propria Residenza, la Struttura Organizzativa:

- organizza il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più adatto tra:
 - aereo di linea, classe economica, anche in barella
 - treno, prima classe, con vagone letto se necessario
 - autoambulanza, senza limiti di percorso
- assiste l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o infermieristico, se richiesto dai medici della Struttura Organizzativa
- Se il mezzo e le circostanze lo permettono, l'Assicurato può essere accompagnato da un Familiare.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa che stabilisce i contatti:

- l'Istituto di cura presso cui è ricoverato
- il nome e il recapito telefonico del medico curante.

Zurich paga il costo del trasporto, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il Viaggio, se richiesta dai medici, fino a 5.000 euro per Sinistro, senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

ASSISTENZA DURANTE E POST RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY

Le Prestazioni da 5.3.14 a 5.3.23 sono fornite a seguito di Infortunio o Malattia che comporti un Day Hospital, Day Surgery o Ricovero.

Le Prestazioni possono essere richieste nei 90 giorni post Ricovero, Day Hospital, Day Surgery.

Zurich paga i costi fino al Massimale complessivo di 2.500,00 euro per Assicurato e per Sinistro, fino a un massimo di 3 (tre) Sinistri per Assicurato e Periodo assicurativo.

Per le Prestazioni dal punto 5.3.14 al punto 5.3.23 la Struttura Organizzativa definisce prima le modalità di erogazione del servizio.

Ogni Prestazione deve essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di organizzare il servizio.



Esempio

Sinistro: Assicurato, che ha attivato la Forma Plus, sciando cade e si fa male ad un ginocchio.

Il Massimale complessivo a disposizione è pari a euro 2.500

- Assicurato nei 90 giorni successivi al Day hospital richiede l'attivazione della prestazione 5.3.15) Ecografie a Domicilio perché necessita di una ecografia a Domicilio: costo dell'ecografia 150€

Il Massimale residuo a disposizione per questo Sinistro è pari a euro 2.350

- Assicurato nei 90 giorni successivi al Day hospital richiede l'attivazione della prestazione 5.3.16) Invio di un operatore per assistenza sanitaria al Domicilio: costo della prestazione euro 100

Il Massimale residuo a disposizione per questo Sinistro è pari a euro 2.250

- Assicurato nei 90 giorni successivi al Day hospital attiva la prestazione 5.3.18) Invio di un fisioterapista: il costo di 5 fisioterapie è pari a euro 400

Il Massimale residuo per questo Sinistro è pari a euro 1.850.

5.3.14 ANALISI A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di fare dei prelievi del sangue, la Struttura Organizzativa, verificata la necessità:

- organizza il servizio di prelievo dei campioni se è effettuabile presso il Domicilio o la Residenza dell'Assicurato;
- consegna il campione presso il laboratorio di analisi;
- trasmette il referto delle analisi all'Assicurato.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

L'Assicurato paga i costi degli esami.

5.3.15 ECOGRAFIE E RADIOGRAFIE A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di fare delle ecografie o delle radiografie, la Struttura Organizzativa verificata la necessità:

- organizza il servizio se è effettuabile presso il Domicilio o la Residenza dell'Assicurato;
- trasmette il referto all'Assicurato.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

L'Assicurato paga i costi degli esami.

5.3.16 INVIO DI UN OPERATORE PER ASSISTENZA SANITARIA AL DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di essere assistito da un operatore sanitario, la Struttura Organizzativa gliene procura uno.

Zurich paga i costi dell'operatore per assistenza sanitaria al Domicilio.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.3.17 INVIO DI UN OPERATORE PER ASSISTENZA SANITARIA PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALIERA

Se l'Assicurato durante il Ricovero, il Day Hospital o il Day Surgery ha bisogno di essere assistito da un operatore sanitario, la Struttura Organizzativa gliene procura uno e lo invia presso la Struttura Ospedaliera.

Zurich paga i costi dell'operatore sanitario.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.3.18 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Se l'Assicurato ha bisogno di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa gliene procura uno.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Zurich paga i costi del fisioterapista.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.3.19 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE E/O DI UN MEZZO DI TRASPORTO PER DIAGNOSTICA E CURE MEDICHE

Se le Prestazioni 5.2.4, 5.3.14 e 5.3.15 non possono essere fatte presso il Domicilio o la Residenza dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa trova un accompagnatore, ed eventualmente organizza un servizio di taxi, per portare l'Assicurato dal proprio Domicilio o dalla propria Residenza alle Strutture Sanitarie dove può effettuare controlli, esami, trattamenti e cure.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

5.3.20 INVIO DI UN INFERMIERE

Se l'Assicurato ha bisogno di un infermiere, la Struttura Organizzativa gliene procura uno.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Zurich paga i costi dell'infermiere.

La Prestazione vale solo nel Territorio Italiano.

5.3.21 "PERSONA AMICA" PER ASSISTENZA A FIGLI MINORI, FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP, ANZIANI

Se l'Assicurato durante il Ricovero, il Day Hospital o il Day Surgery o nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, ha bisogno 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 come da stato di famiglia, la Struttura Organizzativa fornisce alla persona indicata dall'Assicurato 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 o il Domicilio dell'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa che stabilisce i contatti:

- il nome, l'indirizzo e il recapito telefonico della "persona amica".

La persona amica deve risiedere nel Territorio Italiano.

5.3.22 AUTISTA A DISPOSIZIONE PER LA VITA QUOTIDIANA

Se l'Assicurato nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura non è in grado di guidare il suo Veicolo e nessuno può sostituirlo per motivi oggettivi, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un autista che porta l'Assicurato convalescente dove ha bisogno.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Zurich paga il costo dell'autista.

L'Assicurato paga le spese per il carburante e i pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

5.3.23 VIDEO CONSULTO PER SECONDO PARERE MEDICO RISPETTO A TERAPIA IN CORSO

Se l'Assicurato desidera un secondo parere medico sulle terapie proposte, la Struttura Organizzativa gli offre una consulenza video con il proprio medico di struttura. Il medico di struttura, se lo ritiene necessario, può coordinare il contatto con uno specialista di settore per un ulteriore parere.

Il collegamento video avviene tramite piattaforma web tra l'Assicurato e il medico specialista. Il medico fornisce un parere su:

- risultati di esami effettuati
- terapie prescritte o seguite
- approfondimenti rispetto a un'opinione medica precedentemente ricevuta.

Il medico fornisce confronto solo per i casi in cui non è necessario un contatto fisico.

Il video consulto medico non costituisce Diagnosi ed è basata sulle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

La Prestazione può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio viene fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

5.4 Assistenza Forma Top: cosa copre l'Assicurazione

Oltre a tutte le Prestazioni dalla Forma Base e della Forma Plus, sono previste le Prestazioni di seguito riportate.

Le Prestazioni da 5.4.3 a 5.4.9 sono fornite solo a seguito di Infortunio o Malattia.

Per le Prestazioni da 5.4.4 a 5.4.9 la Struttura Organizzativa definisce prima le modalità di erogazione del servizio.

Ogni Prestazione deve essere attivata almeno 48 prima per consentire alla Struttura Organizzativa di organizzare il servizio.

Per le Prestazioni da 5.4.6 a 5.4.9 Zurich paga i costi fino al Massimale complessivo di 2.500,00 euro per Assicurato e per Sinistro e fino a massimo 3 (tre) Sinistri per Assicurato e Periodo assicurativo.

5.4.1 VIDEO CONSULTO MEDICO SPECIALISTICO

Se a seguito delle Prestazioni 5.2.1 e 5.2.2, i medici della Struttura Organizzativa valutano necessario un videoconsulto specialistico, la Struttura Organizzativa organizza tramite piattaforma web un collegamento video tra l'Assicurato e il medico specialista per una prima consulenza medica.

Zurich paga fino ad un massimo di 5 video consulti per Periodo assicurativo.

5.4.2 SECONDO PARERE MEDICO

Se l'Assicurato nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura desidera un secondo parere medico sulle

terapie proposte, sulla Malattia e sugli esiti dell'Infortunio, la Struttura Organizzativa gli offre una consulenza con il proprio medico di struttura. Il medico può coordinare un servizio di second opinion con uno specialista del settore, se necessario.

La Struttura Organizzativa organizza il Viaggio di andata e ritorno dell'Assicurato presso lo studio dello specialista individuato.

Il servizio viene fornito dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 18:00 esclusi i festivi.

Zurich paga il costo del consulto e del Viaggio fino ad un massimo di 1.000 euro, per un numero illimitato di Sinistri e con un massimo di 1 Prestazione per Sinistro.

5.4.3 PRIMO COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Se l'Assicurato nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura ha bisogno di un colloquio psicologico può contattare i medici della Struttura Organizzativa direttamente o tramite il proprio medico curante. I medici valutano quale sia la Prestazione più opportuna.

Il consulto fornito non è una Diagnosi e non sostituisce una seduta psicologica dato che le informazioni e le dichiarazioni sono fornite a distanza dall'Assicurato.

Il colloquio psicologico viene organizzato entro un giorno lavorativo dalla ricezione della richiesta dell'Assicurato ed è disponibile dal lunedì a venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

Zurich paga i costi per un numero illimitato di Sinistri con il limite di 1 Prestazione per Sinistro.

5.4.4 TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Se l'Assicurato usufruisce della Prestazione 5.3.1 *Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato*, la Struttura Organizzativa raccoglie la documentazione clinica e diagnostica necessaria e provvede alla sua traduzione per permettere ai medici dell'Istituto di cura di destinazione di recepire le informazioni necessarie per la pronta presa in carico della patologia diagnosticata.

Zurich paga il costo della traduzione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

5.4.5 FORNITURA DI AUSILI SANITARI O ORTOPEDICI NEL TERRITORIO ITALIANO

Se l'Assicurato al momento della dimissione dall'Istituto di cura chiede, come certificato nella Cartella clinica di dimissione, uno o più dei seguenti ausili sanitari o ortopedici:

- stampelle;
- carrozzina/sedia a rotelle;
- letto da degenza;
- sponde da letto;
- materasso antidecubito,

la Struttura Organizzativa si occupa della ricerca, dell'invio e della successiva restituzione dell'attrezzatura richiesta in comodato d'uso, per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, fino ad un massimo di 90 giorni per Sinistro.

Il servizio viene fornito dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

L'Assicurato paga i costi del noleggio e degli acquisti di ausili sanitari o ortopedici.

5.4.6 INVIO TAXI

La Struttura Organizzativa invia un taxi alla "Persona amica" la cui Prestazione è descritta al punto 5.3.21 se si trova ancora presso la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato dopo le sue dimissioni dall'Istituto di cura e ha bisogno di spostarsi.

Zurich paga i costi del taxi.

5.4.7 INVIO COLLABORATORE/TRICE FAMILIARE

Se l'Assicurato si trova nell'impossibilità di svolgere le principali incombenze domestiche nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa invia un collaboratore/trice presso la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato in base alle disponibilità locali.

Zurich paga i costi del collaboratore/trice.

Il servizio viene fornito dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 18:00.

5.4.8 INVIO PET SITTER (CANE E GATTO)

Se l'Assicurato si trova nell'impossibilità di accudire il proprio cane o il proprio gatto nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa effettua la ricerca di un pet sitter e lo invia alla Residenza o al Domicilio dell'Assicurato.

Zurich paga il costo del pet sitter fino a un massimo di 5 giorni per Sinistro, con il limite di un'ora al giorno.

5.4.9 CUSTODIA DELL'ANIMALE (CANE E GATTO) PRESSO UN PARENTE

Se l'Assicurato nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura, è impossibilitato ad accudire il proprio

cane o il proprio gatto, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto dell'Animale presso un parente che può custodire e prendersi cura dell'Animale.

Zurich paga il costo per la percorrenza del tragitto tra il luogo in cui si trova l'Animale e la destinazione prescelta entro un limite di 50 km, con il limite di 1 Prestazione per Sinistro.

5.4.10 ASSISTENZA PSICOLOGICA PER CYBER BULLISMO

Se l'Assicurato ha bisogno di un supporto psicologico, certificato dal medico curante, per aver subito episodi di cyber bullismo, può contattare la Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa, dopo aver raccolto le informazioni relative alle esigenze dell'Assicurato, organizzerà un collegamento video tramite piattaforma web tra l'Assicurato e il medico specialista per un primo colloquio psicologico.

Il consulto fornito non è una Diagnosi e non sostituisce una seduta psicologica dato che le informazioni e le dichiarazioni sono fornite a distanza dall'Assicurato.

Il colloquio psicologico viene organizzato entro un giorno lavorativo dalla ricezione della richiesta dell'Assicurato ed è disponibile dal lunedì a venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

Zurich paga i costi fino a 6 consulto per Evento e fino ad un massimo di 3 Sinistri per Periodo assicurativo.

5.4.11 ASSISTENZA PSICOLOGICA PER DISTURBI ALIMENTARI O PER ISOLAMENTO SOCIALE VOLONTARIO

Se l'Assicurato ha bisogno di un supporto psicologico per il trattamento di un disturbo alimentare o per affrontare una condizione di isolamento sociale volontario (per esempio, sindrome di Hikikomori), certificati dal medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa, dopo aver raccolto le informazioni relative alle esigenze dell'Assicurato, organizzerà un collegamento video tramite piattaforma web tra l'Assicurato e il medico specialista per un primo colloquio psicologico.

Il consulto fornito non è una Diagnosi e non sostituisce una seduta psicologica dato che le informazioni e le dichiarazioni sono fornite a distanza dall'Assicurato.

Il colloquio psicologico viene organizzato entro un giorno lavorativo dalla ricezione della richiesta dell'Assicurato ed è disponibile dal lunedì a venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

Zurich paga i costi fino a 6 consulto per Sinistro fino a un massimo di 3 Sinistri per Periodo assicurativo.

5.4.12 ASSISTENZA PSICOLOGICA PER REATI VIOLENTI

Se l'Assicurato ha bisogno di un supporto psicologico, certificato dal medico curante, per aver subito un reato violento contro la persona (ai sensi del Codice penale), regolarmente denunciato presso la pubblica autorità, può contattare la Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa, dopo aver raccolto le informazioni relative alle esigenze dell'Assicurato, organizza un collegamento video tramite piattaforma web tra l'Assicurato e il medico specialista per un primo colloquio psicologico.

Il consulto fornito non è una Diagnosi e non sostituisce una seduta psicologica dato che le informazioni e le dichiarazioni sono fornite a distanza dall'Assicurato.

Il colloquio psicologico viene organizzato entro un giorno lavorativo dalla ricezione della richiesta dell'Assicurato ed è disponibile dal lunedì a venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

L'Assicurato può richiedere la Prestazione entro 90 giorni dalla data di denuncia dell'Evento.

Zurich paga i costi fino a 6 consulto per Evento e fino a un massimo di 3 Sinistri per Periodo assicurativo.

5.4.13 SISTEMAZIONE PROVVISORIA IN CASO DI REATI VIOLENTI

Se l'Assicurato, dopo aver subito un reato violento contro la persona (ai sensi del Codice penale), regolarmente denunciato presso la pubblica autorità, ha bisogno di una sistemazione provvisoria, la Struttura Organizzativa organizza il suo soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione).

L'Assicurato può richiedere la Prestazione entro 30 giorni dalla data di denuncia dell'Evento.

Zurich paga i costi del soggiorno fino a un massimo di dieci giorni per Evento e fino a un Massimale di 1.000 euro per Sinistro e Periodo assicurativo.

5.5 Norme valide per tutte le Prestazioni di Assistenza

- **Ogni Prestazione deve essere richiesta prima alla Struttura Organizzativa.**
- Ogni tipo di Prestazione viene fornito fino a 1 volta per singolo Sinistro con un massimo di 3 Sinistri per Prestazione per Periodo assicurativo a meno che non sia indicato diversamente all'interno della singola Prestazione.
- Se l'Assicurato non usufruisce di una o più Prestazioni, Zurich non fornisce Indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere come compensazione.

- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto di questa copertura, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.
- Zurich non è responsabile per i danni causati dall'intervento delle autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o dovuti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
- Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di Zurich si prescrive entro 2 Anni dalla data del Sinistro dal quale deriva il diritto alla prestazione (articolo 2952 del Codice Civile, Prescrizione in materia di Assicurazione).
- Se il Contraente ha sottoscritto o quando sottoscriverà altre Assicurazioni per lo stesso Rischio deve avvisare per iscritto l'Intermediario assicurativo o Zurich.
Se avviene un Sinistro, il Contraente deve inviare la denuncia a tutte le compagnie assicurative nei termini previsti dai rispettivi contratti, indicando a ciascuna quali sono le altre (art. 1910 del Codice Civile, Assicurazione presso diversi assicuratori).
Il Contraente può richiedere a ogni Compagnia l'Indennizzo dovuto secondo le condizioni della sua Polizza, ma il totale degli Indennizzi non può superare l'ammontare del danno.
- Se il Contraente non comunica queste informazioni o se queste risultano false, Zurich può rifiutare di pagare l'Indennizzo. Se il Contraente è un soggetto diverso dall'Assicurato, questi obblighi di comunicazione valgono anche per l'Assicurato.



Che cosa non è assicurato?

5.6 Sinistri che non sono coperti dalla garanzia Assistenza

La garanzia è sospesa se l'Assicurato rimane fuori dal Territorio Italiano per più di 90 giorni consecutivi.

La garanzia non vale per i Sinistri provocati o che dipendono da:

- ⊗ Guerra, Terremoti, fenomeni atmosferici con caratteristiche 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, Cyberterrorismo
- ⊗ dolo dell'Assicurato, compreso il suicidio o il tentato suicidio
- ⊗ Malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio
- ⊗ patologie preesistenti ovvero le patologie e le condizioni mediche a esse correlate oggettivamente constatabili i cui sintomi si siano manifestati nei 5 (cinque) Anni precedenti la data di inizio della copertura, di cui l'Assicurato avrebbe dovuto presumibilmente essere a conoscenza, a prescindere dal fatto di essere state o meno diagnosticate o curate
- ⊗ Malattie mentali e nervose, fatta eccezione per eventuali correlazioni con le cause in copertura nella Prestazione "Assistenza psicologica per disturbi alimentari o per isolamento sociale volontario" o espianto e/o trapianto di organi
- ⊗ abuso di alcolici o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni
- ⊗ Infortuni avvenuti durante queste attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti temerari, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti
- ⊗ Infortuni subiti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale
- ⊗ Infortuni e Malattie subiti in conseguenza dello svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata
- ⊗ 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. Per esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo. Quindi tutte le Prestazioni erogate dalla 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
- ⊗ consegna di farmaci in classe A, ritenuti essenziali (salvavita) e classe H che non possono essere utilizzati al di fuori degli Istituti di cura
- ⊗ in caso di attivazione della Prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", di cui al punto 5.3.1, la Prestazione non vale per:
 - le lesioni che i medici ritengono curabili presso l'unità ospedaliera della Regione dove è avvenuto il Sinistro;

- le terapie riabilitative.

- ⊗ eventi la cui copertura presupponga che Zurich sia tenuta ad effettuare qualsiasi Prestazione o pagamento di qualsiasi natura, compreso il rimborso dei premi, nella misura in cui tale Prestazione o tale pagamento possano esporre Zurich a sanzioni, divieti o restrizioni in virtù delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, delle leggi o dei regolamenti emanati dall'Unione Europea, dal Regno Unito o dagli Stati Uniti d'America, o in virtù di qualsiasi altra disposizione ad oggi vigente o che possa essere emanata in futuro
- ⊗ eventi che si sono verificati in quei Paesi che risultano come non raccomandati dal Ministero degli Affari Esteri Italiano, dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o altri organismi simili, o che sono soggetti a embargo da parte del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite o di altre organizzazioni internazionali, ed eventi che si sono verificati in eventuali conflitti o interventi nazionali o internazionali con l'uso della forza o della coercizione
- ⊗ Non sono inoltre in copertura nei trenta (30) giorni successivi all'effetto della Polizza le Malattie che si manifestano in tale periodo

Le Prestazioni non sono fornite negli stati che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.



Cosa fare in caso di Sinistro?

5.7 Come richiedere Assistenza

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'Assicurato può telefonare alla Struttura Organizzativa, 24 ore su 24 ai seguenti numeri verdi:

Solo per le Prestazioni Assistenza psicologica per reati violenti e Sistemazione provvisoria in caso di reati violenti:

800-147652 dall'Italia

+39 015-2559626 dall'estero

Per tutte le altre Prestazioni:

800-147652 dall'Italia

+39 015-2559790 dall'estero

Se non può telefonare può inviare:

- una segnalazione tramite WhatsApp al numero +393206018728
- una mail a: assistenza@mawdy.com
- un fax al numero +39 015-2559604

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome
- numero di Polizza
- Prestazione richiesta
- indirizzo del luogo in cui si trova
- recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà richiamarlo.

Questa procedura vale come adempimento dell'obbligo di avviso di Sinistro.



La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato ogni ulteriore documentazione che ritiene necessaria per fornire l'Assistenza; l'Assicurato è tenuto a fornirla integralmente.

Sezione 6

Tutela Legale

Zurich affida la gestione e la liquidazione dei Sinistri di tutela legale a una Compagnia specializzata, come prevede il D. Lgs. N° 209 del 7 settembre 2005 - titolo XI, capo II, artt.163-164.

La gestione e la liquidazione è affidata a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., in seguito DAS

Via Enrico Fermi 9/b

37135 Verona

Tel. 045 8378901

www.das.it

Tutte le denunce, i documenti e ogni altra comunicazione sui Sinistri devono essere inviati in via preferenziale a DAS.



Zurich può cambiare in qualsiasi momento la Compagnia specializzata che fornisce la garanzia Tutela Legale. Se la cambia, lo comunica sul sito www.zurich.it o nell'area riservata. Il cambiamento non modificherà né peggiorerà in alcun modo le condizioni contrattuali e di Premio.



Che cosa è assicurato e come?

6.1 Quale Rischio copre l'Assicurazione

Zurich assicura il Rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato quando è rimasto vittima di Infortunio o Malattia indennizzabile ai sensi di Polizza.

Inoltre, la garanzia Consulenza legale telefonica è sempre attiva

La garanzia vale quando l'Assicurato deve sostenere una controversia:

- per ottenere il risarcimento del danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; se l'Evento che ha causato l'Infortunio o la Malattia ha contestualmente provocato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
- nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito all'Infortunio o alla Malattia;
- nei confronti di enti o Assicurazioni previdenziali e sociali riferite a Prestazioni connesse con l'Infortunio o la Malattia.

Se l'Infortunio o la Malattia ha causato la Morte dell'Assicurato la garanzia vale anche per i Familiari che devono sostenere una controversia per:

- vulture dei contratti di fornitura elettrica, acqua e gas e di servizi intestati all'Assicurato e legati alle Abitazioni dallo stesso direttamente utilizzate;
- la chiusura del conto corrente bancario o postale intestato all'Assicurato deceduto.

La garanzia vale fino al Massimale indicato in Polizza.

CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

L'Assicurato potrà telefonare per ottenere:

- consulenza legale telefonica, per affrontare in modo corretto una controversia legale o per impostare correttamente comunicazioni rivolte a una controparte (ad esempio richieste di Risarcimento o diffide)
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti.

La consulenza legale telefonica può essere inoltre richiesta dai Familiari nel caso in cui l'Infortunio o la Malattia abbia causato la Morte dell'Assicurato.

In tale ipotesi DAS offre una Consulenza legale telefonica specializzata per assistere nella gestione delle pratiche successorie in relazione a volture dei contratti di fornitura elettrica, acqua e gas e per attivarsi verso la banca per la chiusura del conto corrente bancario o postale intestato all'Assicurato deceduto.

- ⊗ **La consulenza legale telefonica non prevede il rimborso o il pagamento delle spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia e/o per il procedimento in qualunque grado di giudizio.**

Zurich e DAS:

- **non sono responsabili dell'operato dei consulenti legali**
- **non potranno essere ritenute responsabili per l'utilizzo della consulenza erogata in eventuali controversie intraprese dall'Assicurato.**

6.2 Quali spese rimborsa DAS?

Con riguardo ai Rischi previsti, DAS paga o rimborsa queste spese:

- ✓ onorari di un legale incaricato della gestione del Sinistro
- ✓ onorari di un legale domiciliatario, se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, **fino a 3.000 euro per Sinistro**
- ✓ onorari per l'intervento di un consulente tecnico di parte
- ✓ onorari per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio
- ✓ di Soccombenza liquidate a favore della controparte
- ✓ legali per una Transazione autorizzata da DAS, come indicato al punto 6.8 *Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle Prestazioni*
- ✓ per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica del Sinistro. L'Assicurato può ottenere da DAS anche la **certificazione di contenuti digitali** come foto, video e documenti. Questa funzione permette di certificare l'autenticità e l'immodificabilità del contenuto acquisito, per rafforzarne il valore legale a sostegno della propria difesa o dell'assistenza legale dell'Assicurato in una controversia o procedimento legale. La Prestazione è utilizzabile dall'Assicurato tramite un link di accesso alla piattaforma dedicata, realizzata da DAS in collaborazione con un fornitore specializzato.

Zurich non ha accesso né tratta tali informazioni in quanto, per tale Prestazione, si applicano i termini, le condizioni e i presidi privacy, illustrati dal fornitore specializzato nella propria informativa privacy, disponibili nella sezione "Assistenza" del sito www.das.it

- ✓ degli arbitri e dei legali intervenuti in Arbitrato, se una controversia deve essere sottoposta e risolta davanti a uno o più arbitri
- ✓ di avvio di una mediazione civile davanti a un organismo di mediazione e spese di indennità del mediatore
- ✓ per l'esecuzione forzata di ciascun titolo esecutivo, **per un massimo di 2 tentativi**
- ✓ per il contributo unificato di iscrizione a ruolo, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

6.3 Quando comincia la copertura assicurativa e quando un Sinistro è in garanzia

Quando comincia la copertura

Dalle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati.

Qual è la data del Sinistro

Richieste di Risarcimento di Danni extracontrattuali

Data del primo Evento che ha generato il diritto al Risarcimento.

Tutti gli altri casi

Data della prima violazione, anche presunta, di una norma di legge o di Contratto, da parte dell'Assicurato, della controparte o di un terzo.

L'Assicurato è coperto qualora la controversia per il Sinistro occorso durante il periodo di validità dell'Assicurazione si manifesta entro i 2 Anni successivi alla fine del Periodo di Assicurazione.

Se il Sinistro si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo, Zurich considera la data della prima violazione, anche presunta.



In quali Paesi vale l'Assicurazione?

6.4 Copertura territoriale della garanzia

Le garanzie riguardano i Sinistri che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nei Paesi membri dell'Unione Europea, Svizzera, Principato di Monaco, Liechtenstein, Andorra, Regno Unito, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

La Consulenza legale telefonica e la **certificazione dei contenuti digitali** valgono in Italia secondo le normative italiane.



Che cosa non è assicurato?

6.5 Danni, eventi e circostanze che non sono coperti dalla garanzia *Tutela Legale*

Sono esclusi dalla garanzia i Sinistri relativi a:

- ⊗ danni subiti per **disastro ecologico, atomico, radioattivo**;
- ⊗ fatti causati da **eventi bellici, Atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate**;
- ⊗ fatti conseguenti a **eventi naturali** per i quali viene riconosciuto lo **stato di calamità naturale o lo stato di allarme**;
- ⊗ **fatti dolosi compiuti dall'Assicurato**;
- ⊗ **materia amministrativa, fiscale e tributaria**;
- ⊗ **controversie di diritto civile**, salvo per quanto previsto dalle garanzie indicate in Polizza;
- ⊗ **controversie nei confronti di imprese di Assicurazione private**;
- ⊗ **controversie il cui valore economico**, al netto di oneri accessori e spese di notifica, **è inferiore a 500,00 euro**;
- ⊗ **controversie di diritto di famiglia, delle donazioni e inerenti gli atti di volontaria giurisdizione**;
- ⊗ **controversie di diritto delle successioni**, fatta salva la materia successoria per i casi in cui è espressamente prevista la copertura.
- ⊗ **controversie di qualsiasi tipo contro il datore di lavoro**.

Inoltre, se l'Infortunio o la Malattia deriva da un Evento accaduto all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un Veicolo, la garanzia è esclusa se:

1. **l'Assicurato non è munito di patente valida e regolare in relazione al Veicolo o se non rispetta gli obblighi prescritti dalla patente stessa**;
2. **al momento dell'incidente, il Veicolo non ha una valida Assicurazione di Responsabilità Civile** ai sensi della normativa vigente;
3. **l'Assicurato:**
 - a) **è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli è stata applicata una delle sanzioni previste** dagli artt. 186, 186bis e 187 del Codice della Strada;
 - b) **è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso** (art. 189 Codice della Strada);
 - c) **guida un Veicolo sottoposto a fermo amministrativo**.

6.6 Spese che DAS non paga o non rimborsa con la garanzia *Tutela Legale*

DAS non paga o non rimborsa:

- ⊗ **spese, anche preventivate, non concordate con DAS**, secondo quanto indicato ai punti 6.8 Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle Prestazioni assicurative e 6.9 Fasi di gestione del Sinistro e scelta del legale
- ⊗ **spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'Assicurato a professionisti non autorizzati da DAS**
- ⊗ **spese del legale e del consulente di parte per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i Valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i Valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte**

- ⊗ **spese di Viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che deve trasferirsi fuori dal proprio Domicilio professionale per svolgere l'incarico**
- ⊗ **spese rimborsate dalla controparte.** Se DAS ha anticipato queste spese, **l'Assicurato gliele deve restituire entro 60 giorni dalla data in cui ha ricevuto il rimborso**
- ⊗ **onorari per ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio.** Se per gestire la causa è necessario incaricare un avvocato domiciliatario, **DAS paga fino ad un massimo di 3.000 euro ed esclude le duplicazioni di onorario**
- ⊗ **pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere**
- ⊗ **oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA che l'Assicurato non può detrarre esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo**
- ⊗ **spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'Assicurato secondo il principio di solidarietà (articolo 1292 c.c.)**
- ⊗ **spese per l'esecuzione forzata di un titolo esecutivo oltre il secondo tentativo; in ogni caso vengono escluse le spese diverse da quelle legali, peritali e processuali** (come, ad esempio, gli oneri per il reperimento di documentazione per l'istanza di vendita, le spese del notaio incaricato alla vendita o le spese per le attività di pignoramento)
- ⊗ **spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se tale controversia si conclude con una Transazione non concordata con DAS.**



Cosa fare in caso di Sinistro?

6.7 Come si denuncia il Sinistro

L'Assicurato deve segnalare immediatamente l'accaduto a DAS in uno di questi due modi:

- **a DAS**

- numero verde 800 345543
- Sinistri@das.it

DAS raccoglie la denuncia e indica i documenti necessari per attivare la garanzia in funzione della tipologia di Evento accaduto, spiega come gestirà il Sinistro e fornisce il numero identificativo della pratica.

- **al proprio Intermediario assicurativo**

L'Intermediario si attiva direttamente con DAS per la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato deve pagare gli oneri fiscali, di bollo e di registro secondo la normativa vigente per rendere validi i documenti necessari alla valutazione del caso.

L'Assicurato deve inviare appena possibile a DAS la documentazione che attesta l'appartenenza all'Azienda (cedolino paga o copia del libro unico del lavoro) e copia di ogni ulteriore atto o documento ricevuto dopo la denuncia di Sinistro e ogni informazione utile alla gestione del suo caso.

Per richiedere **la consulenza legale telefonica**, l'Assicurato deve chiamare il numero verde 800 345543 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00) e fornire il numero di Polizza e un recapito telefonico.

6.8 Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle Prestazioni assicurative

Per avere diritto alle Prestazioni l'Assicurato deve:

- **denunciare il Sinistro appena possibile**, comunque in tempo utile per la sua difesa e in ogni caso entro due Anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla Prestazione
- aggiornare appena possibile DAS su ogni fatto importante che può riguardare l'erogazione della Prestazione
- avvisare DAS e ottenere conferma a procedere prima di incaricare un legale o un perito
- **ottenere conferma a procedere da parte di DAS prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato.** Anche quando l'Assicurato ha ottenuto la conferma a procedere, DAS non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte
- richiedere l'autorizzazione preventiva di DAS per concordare con la controparte qualsiasi Transazione o accordo

per definire la controversia che comporti per DAS Spese peritali o legali ulteriori rispetto all'onorario del legale dell'Assicurato. Se l'Assicurato procede senza autorizzazione, DAS rimborserà gli oneri a carico dell'Assicurato solo dopo aver verificato che ci fosse effettiva urgenza nel concludere l'operazione e se questa è conveniente.

6.9 Fasi di gestione del Sinistro e scelta del legale

La garanzia di Tutela Legale può prevedere tre diverse fasi di gestione del Sinistro:

1 - Fase stragiudiziale

2 - Autorizzazione all'azione in giudizio

3 - Fase giudiziale

1 - Fase stragiudiziale

Dopo aver verificato che il Sinistro rientra in copertura, DAS fa ogni possibile tentativo per risolvere la controversia in modo amichevole, senza rivolgersi ad un Giudice. DAS svolge questa fase direttamente o con il supporto di professionisti che essa individua, come previsto dall'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D. Lgs. 209/05). Se DAS lo richiede, l'Assicurato deve dare la procura per la gestione della controversia.

Per risolvere la controversia, DAS valuta se ricorrere o aderire a procedure di risoluzione amichevole delle controversie, ad esempio mediazione civile, negoziazione assistita, conciliazione paritetica.

In questa fase le spese per le attività svolte da professionisti incaricati dall'Assicurato e non autorizzati da DAS non sono coperte. Se si verifica un conflitto di interessi con DAS o con Zurich, l'Assicurato può invece scegliere un legale di propria fiducia fin da questa fase.

2 - Autorizzazione all'azione in giudizio

DAS autorizza l'eventuale azione in giudizio se:

- non si arriva a una soluzione amichevole
- le richieste dell'Assicurato presentano possibilità di successo.

L'Assicurato comunica a DAS le informazioni e le argomentazioni su cui fondare l'azione o la difesa in giudizio in modo che DAS possa valutare le possibilità di successo.

3 - Fase giudiziale

DAS trasmette la pratica al legale, nominato secondo queste disposizioni:

- l'Assicurato può indicare a DAS un legale di propria fiducia
- se l'Assicurato non lo indica, DAS può individuare direttamente il legale
- l'Assicurato deve dare in ogni caso regolare mandato al legale fornendogli tutte le informazioni e la documentazione per tutelare al meglio i propri interessi
- se nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decide di revocare l'incarico professionale a un legale e di incaricare un altro, **DAS non rimborsa le spese del nuovo legale per attività già svolte dal primo. Ciò non vale se è il legale a rinunciare all'incarico.**

DAS gestisce un unico Sinistro se:

- le controversie sono promosse da o contro una o più persone e riguardano domande identiche o connesse
- i procedimenti, anche di natura diversa, sono dovuti allo stesso Evento o fatto che ha coinvolto uno o più Assicurati
- l'Evento che dà diritto alle Prestazioni assicurative si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo.

6.10 Quali responsabilità non hanno né Zurich né DAS

Zurich e DAS non sono responsabili di:

- **operato di legali e periti**
- eventuali **ritardi nel fornire le Prestazioni, perché mancava la documentazione necessaria a supporto delle richieste dell'Assicurato.**

6.11 Quando si ricorre all'Arbitrato

Se c'è conflitto di interessi o disaccordo tra l'Assicurato e DAS sulla gestione delle Prestazioni, sia l'Assicurato sia DAS possono chiedere di affidare la questione a un arbitro nominato di comune accordo. Se non si accordano sulla nomina, l'arbitro viene nominato dal Presidente del Tribunale competente.

L'Assicurato e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, **a meno che si accordino diversamente.**

L'arbitro decide secondo equità. Se la sua decisione è sfavorevole all'Assicurato, questi potrà procedere per proprio conto e Rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello prospettato o acquisito da DAS, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a DAS il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla

controparte, **fino al Massimale indicato in Polizza.**

Se l'Assicurato intende rivolgersi al giudice, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione nei termini previsti dal D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche intervenute.

6.12 Tempi di pagamento dell'Indennizzo

Zurich riceve la documentazione, verifica la validità della garanzia, valuta le spese sostenute dall'Assicurato e quindi definisce l'importo dell'Indennizzo.

Entro 30 giorni dalla definizione dell'importo:

- paga l'Indennizzo all'Assicurato
oppure
- gli comunica i motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Zurich Insurance Europe AG

Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania
Registro del Tribunale di Francoforte HRB 133359 - Sottoposta alla vigilanza di
BaFin, Autorità Federale di Supervisione dei Servizi Finanziari
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Telefono +39.0259661 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08
al n. I.00066 - C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968
Indirizzo PEC: zurich.insurance.europe@pec.zurich.it - www.zurich.it

P.0448.SET INFORMATIVO - ed. 05.2026

