

Zurich Tutti Protetti Aziende

Contratto di Assicurazione Morte ed
Invalidità Permanente derivante da Infortunio
ed Invalidità Permanente derivante da Malattia,
Assistenza Infortuni.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 01.2023
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 06.2026
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 06.2026

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio ed Invalidità Permanente da Malattia, Assistenza Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Zurich Insurance Europe AG
Rappresentanza Generale per l'Italia



ZURICH
Zurich Tutti Protetti
Aziende

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

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza, stipulata dal contraente è indirizzata per la copertura dei propri dipendenti e/o altre categorie ad esse assimilabili in favore degli assicurati, copre il rischio di morte o invalidità permanente di un soggetto assicurato a seguito di infortunio e di invalidità permanente derivante da malattia, assistenza infortuni.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Garanzia "infortuni":** la garanzia assicura le conseguenze degli infortuni che abbiano causato la morte o l'invalidità permanente subiti: a) nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata; b) nell'esercizio di normali attività del tutto estranee all'attività professionale; c) nella guida di veicoli e natanti a motore; d) nell'uso come passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto; e) in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, hobby; f) nell'esercizio di giochi o attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo; g) nell'esercizio di attività sportive e relativi allenamenti a carattere non professionistico.
La garanzia prevede: (i) un indennizzo in caso di morte o invalidità permanente; (ii) il rimborso delle spese di cura; (iii) una diaria da ricovero; (iv) una diaria giornaliera da inabilità temporanea.
- ✓ **Garanzia "invalidità permanente da malattia":** prevede il pagamento di un indennizzo in caso di invalidità permanente di un soggetto assicurato conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto e comunque non oltre la data della sua cessazione.
- ✓ **Garanzia "Assistenza Infortuni":** a seguito di Infortunio vengono fornite prestazioni di Assistenza all'Assicurato con possibilità di scelta tra una forma A (UE, Svizzera, UK) ed una forma B (Mondo).

È possibile personalizzare le coperture in base alle proprie esigenze.

Le garanzie prestate si intendono operanti sino alla concorrenza dei limiti di indennizzo/risarcimento, somme assicurate e/o massimali convenuti, e possono essere soggette ad applicazione di franchigie e/o scoperti.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il massimale pattuito.
- ✗ *Con riferimento alla garanzia "infortuni",* non sono assicurabili (i) le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, HIV; (ii) (iii) chi abbia più di 80 anni. Le persone non residenti in Italia.
- ✗ *Con riferimento alla garanzia "invalidità permanente da malattia",* non sono assicurabili: (i) le persone che nel corso del contratto raggiungono il 70° anno di età (ii). Le persone non residenti in Italia.
- ✗ Malattie mentali, psichiatriche, malattie tropicali, trattamenti estetici, cure dimagranti, A.I.D.S.
- ✗ Infarti ed ernie.
- ✗ *Con riferimento alla garanzia "Assistenza":* persone di età superiore a 80 anni



Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alla garanzia "infortuni" sono esclusi dall'assicurazione:

- ! gli infortuni conseguenti alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare svolte a livello professionistico;
- ! gli infortuni conseguenti all'esercizio di discipline sportive anche svolte a carattere ricreativo;
- ! gli infortuni conseguenti a stato di ubriachezza quando l'assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- ! gli infortuni conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- ! gli infortuni conseguenti a delitti dolosi;
- ! fatti di guerra;
- ! infortuni occorsi a seguito di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo.

Con riferimento alla garanzia "invalidità permanente da malattia" l'assicurazione non è operante:

- ! per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto correlabile a condizioni patologiche preesistenti;
- ! intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ! guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- ! esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo.

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

- a) svolgimento di professioni a rischio, ovvero: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense;
- b) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo dell'Assicurato;
- e) suicidio o tentato suicidio;
- f) Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo agonistico e/o professionale;
- g) Infortuni conseguenti a trattamenti medico/chirurgici con finalità estetiche;
- h) coinvolgimento dell'Assicurato in qualsiasi atto illecito o criminoso;
- i) Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

La copertura non opera inoltre in caso di:

- dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari dell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato;
- rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le Prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa;
- epidemie e/o pandemie relative alla popolazione civile dichiarate dalle autorità (a titolo esemplificativo e non limitativo I.S.S. e/o O.M.S.);
- circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio alla popolazione civile.

A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo.

Tutte le Prestazioni erogate per tramite della Struttura Organizzativa saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione "infortuni" vale in tutto il mondo con l'intesa che gli accertamenti del grado di invalidità permanente nonché la liquidazione dei relativi sinistri saranno fatti in Italia e in valuta italiana.
- ✓ L'assicurazione "invalidità permanente da malattia" vale in tutto il mondo.
- ✓ L'assicurazione "Assistenza" a seconda della forma prescelta vale negli Stati membri dell'Unione Europea - Svizzera - Gran Bretagna (Forma A) oppure in tutto il Mondo (Forma B).



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto l'assicurato /contraente deve fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e, nel corso del contratto, deve comunicare immediatamente a Zurich o all'intermediario assicurativo i cambiamenti che comportano un aggravamento (ad esempio se la persona assicurata ha cambiato professione) o una diminuzione del rischio assicurato (ad esempio diminuzione delle somme assicurate) mediante raccomandata. In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte, volontariamente omesse, o di mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio, Zurich potrà interrompere la copertura assicurativa o rifiutare di dar luogo totalmente o parzialmente alle prestazioni previste nel contratto.
- Il contraente/assicurato deve comunicare immediatamente a Zurich l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio e, in caso di sinistro, devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del codice civile. L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo.
- Il contraente ha l'obbligo di consegnare a ciascun assicurato al momento dell'inclusione di ogni persona nella garanzia prestata dal presente contratto, le condizioni di assicurazione che regolano la copertura.



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e deve essere pagato a Zurich o all'intermediario assicurativo tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante per l'importo massimo stabilito dalla legge.

Il premio, che comprende anche le imposte, deve essere pagato alla sottoscrizione del contratto ed è interamente dovuto per tutta la durata dello stesso. Tuttavia il contraente ha la possibilità di suddividere il pagamento in rate senza oneri aggiuntivi. La polizza prevede meccanismi di adeguamento del Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione comincia dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti comincia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. L'assicurazione ha durata annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza per il periodo di un anno e così successivamente, salvo disdetta da inviarsi secondo le modalità indicate nella sezione che segue. È possibile stipulare polizze anche con durata temporanea. In tal caso, le coperture sono stipulate senza tacito rinnovo e cessano automaticamente alla loro scadenza senza necessità di disdetta. In fase di tacito rinnovo la Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario assicurativo, ha la facoltà di proporre nuove condizioni di Premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza (quali a titolo meramente esemplificativo: massimali, limiti, scoperti, franchigie) alle stesse condizioni di cui al presente Set Informativo. In tal caso il semplice mancato pagamento del premio comporta la cessazione del contratto per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Il contraente può disdire la polizza inviando a Zurich lettera raccomandata o a mezzo PEC spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Dopo il verificarsi di un sinistro ed entro il 60° giorno di pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e/o Zurich possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata o a mezzo PEC indirizzata a Zurich o all'intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata.

Assicurazione prodotti assicurativi danni

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

Prodotto: Zurich Tutti Protetti Aziende

Data di ultimo aggiornamento: giugno 2026

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



ZURICH®

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?

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

GARANZIA INFORTUNI - In aggiunta a quanto riportato nel DIP base, sono previste le seguenti garanzie aggiuntive sempre operanti:

(1) **Ernie traumatiche**: riconoscimento di un grado di invalidità permanente non superiore al 10% se l'ernia non è operabile; (2) **Rottura sottocutanea dei tendini**: liquidazione di un'invalidità del 4%, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento; (3) **Malattie tropicali - Malaria**; (4) **Ulteriori rimborsi**: indennizzo per le spese di trasporto dal luogo di infortunio all'ospedale, di rimpatrio, di salvataggio o di ricerca e di trasporto della salma se documentate; (5) **Rischio di guerra**: estensione della garanzia prestata all'estero agli infortuni derivanti da stato di guerra per un massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità; (6) **Menomazioni estetiche**: rimborso delle spese per intervento chirurgico riparatore in caso di lesioni al viso a persone fino a 50 anni; (7) **Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro**: pagamento della somma convenuta per il caso Morte, aumentata del 50%, in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio; (8) **Raddoppio della somma assicurata - Commorienza**: pagamento della somma convenuta per il caso Morte, aumentata del 50%, in caso di infortunio che provochi la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore con figli minorenni o con figli portatori di invalidità permanente superiore al 60%; (9) **Estensione diaria da ricovero al coniuge**: riconoscimento di una diaria al coniuge pari al 50% di quella pattuita in polizza in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato e del coniuge non assicurato; (10) **Adattamento abitazione e autoveicolo**: rimborso delle spese in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente superiore al 50%; (11) **Rimborso costi di assistenza psicologica**: rimborso delle spese in caso di morte o invalidità permanente uguale o superiore al 50% da infortunio o da atti di terrorismo, sabotaggio o assalto; (12) **Infortunio su mezzi pubblici di trasporto**: indennizzo aggiuntivo di 50.000 Euro per infortunio avvenuto a bordo di mezzi pubblici terrestri che provochi invalidità permanente pari o superiore al 50%; (13) **Calamità naturali**: estensione di copertura a infortuni derivanti da terremoto, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche; (14) **Recovery hope**: indennizzo in caso di coma, comunicato e documentato per periodo continuativo di 180 giorni; in caso di coma da infortunio per più di 10 giorni, indennizzo di 100 Euro per giorno di coma; (15) **Condizioni speciali per i Dirigenti**: esonerazione dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni e di infermità o difetti fisici esistenti al momento della stipulazione. Estensione della garanzia alla pratica non professionale di sport pericolosi nonché a malattie professionali.

GARANZIA ASSISTENZA INFORTUNI - Sono previste le seguenti prestazioni di assistenza: (1) interprete all'estero; (2) rientro salma; (3) anticipo spese di prima necessità; (4) trasporto in autoambulanza verso istituto di cura; (5) trasferimento in istituto di cura attrezzato; (6) consegna farmaci; (7) invio di un medico; (8) invio di un operatore per assistenza sanitaria; (9) invio di un fisioterapista; (10) invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche; (11) autista per infortuni lontani dall'abitazione; (12) autista per vita quotidiana; (13) collegamento continuo con l'istituto di cura; (14) ricongiungimento; (15) accompagnamento di minori; (16) spese d'albergo; (17) rientro dei familiari; (18) prolungamento del soggiorno; (19) trasmissione messaggi urgenti; (20) viaggio di un familiare; (21) soggiorno di un familiare; (22) "persona amica" per assistenza a figli minori; (23) portatori di handicap, anziani; (24) invio taxi; (25) invio collaboratrice familiare; (26) care management; (27) fornitura di ausili sanitari o ortopedici; (28) invio PET sitter; (29) traduzione della cartella clinica; (30) rientro del convalescente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

GARANZIA INFORTUNI - Sono previste le seguenti opzioni con riduzione del premio: (1) **Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali**: limitazione a infortuni subiti nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza e nel percorso abituale tra abitazione e luogo di lavoro; (2) **Limitazione della garanzia ai soli rischi extraprofessionali**: limitazione a infortuni subiti durante attività estranee all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere; (3) **Consiglio di amministrazione rischio della carica**: limitazione a infortuni subiti dagli assicurati mentre svolgono attività inerenti la carica dichiarata per conto del consiglio di amministrazione del contraente; (4) **Dipendenti in trasferta**: limitazione a infortuni occorsi durante missioni o viaggi di lavoro, distacco con o senza soggiorno all'estero.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

GARANZIA INFORTUNI - Sono previste le seguenti opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo: **(1) Spese di cura:** rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, medico-chirurgici, ospedali e case di cura; **(2) Diaria da Ricovero:** riconoscimento diaria per un massimo di 360 giorni; **(3) Inabilità temporanea:** liquidazione della diaria giornaliera in maniera integrale per ogni giorno di totale incapacità fisica di svolgere le ordinarie occupazioni, o al 50% per ogni giorno di capacità parziale. Tale diaria non è cumulabile con **Diaria da Ricovero**; **(4) Rischio volo:** copertura degli infortuni subiti durante viaggi in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri di linee aeree regolari, voli "charter", gestiti da corrieri e aziende di trasporto aereo, autorità militari o civili, per traffico civile o aerotaxi.



Che cosa NON è assicurato?

GARANZIA INFORTUNI - In aggiunta a quanto riportato nel DIP base, sono esclusi gli infortuni da: (1) dall'esercizio di alpinismo in solitario con scalata di rocce o ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bungee jumping, bobsleigh, bob, skeleton, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri); (2) rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva **Rottura sottocutanea dei tendini**.



Ci sono limiti di copertura?

GARANZIA INFORTUNI - Nel caso di **Invalidità Permanente** è previsto un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, in base alle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato n.1 del D.P.R. 30/06/1965 n.1124 (c.d., "Tabella INAIL") e successive modifiche. Con riferimento alle sole garanzie aggiuntive, sono previste le seguenti esclusioni:

- **Spese di cura:** spese per l'acquisto di apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.
- **Diaria da ricovero:** giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.
- **Malattie Tropicali - Malaria:** Assicurato non in perfette condizioni di salute e non sottoposti alle pratiche di profilassi richieste dall'Autorità sanitarie dei Paesi dove si reca.
- **Condizioni speciali per Dirigenti - Sport pericolosi:** paracadutismo, sport aerei in genere e sport motoristici.
- **Condizioni speciali per Dirigenti - Malattie professionali:** conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- **Rischio volo:** viaggi effettuati in qualità di pilota o altro membro dell'equipaggio e voli su velivoli ed elicotteri di aeroclubs.

Si riportano di seguito franchigie, scoperti e limiti di indennizzo (di seguito anche "limite") per ciascuna garanzia. **(1) Caso invalidità permanente:** (a) fino a 1 milione di Euro l'indennizzo sulla somma assicurata non è riconosciuto per Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% dell'Invalidità Permanente Totale; se l'Invalidità Permanente è superiore al 3% ma inferiore o uguale al 10%, l'indennizzo è corrisposto per la parte eccedente il 3%; in caso di invalidità superiore al 10%, non sono previste franchigie; (b) oltre 1 milione di Euro e fino a 2 milioni di Euro, l'indennizzo non è riconosciuto se l'Invalidità Permanente è inferiore o uguale al 10%; se l'Invalidità è superiore al 10% ma inferiore o uguale al 25%, l'indennizzo è corrisposto per la parte eccedente il 10%; in caso di invalidità superiore al 25%, non sono previste franchigie; (c) per calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati dalle relative Federazioni, è prevista una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente. **(2) Infortuni che abbiano causato la morte o l'invalidità permanente:** limite pari al 70% dell'indennizzo se l'Assicurato o i Beneficiari dimostrano che non erano svolte attività professionali diverse da quelle dichiarate. **(3) Spese di cura:** scoperto del 10% delle spese sostenute con minimo di 100 Euro per sinistro. **(4) Evento in cui rimangano colpiti più assicurati:** limite di 7.500.000 Euro da ripartire pro quota tra gli Assicurati coinvolti. **(5) Rottura sottocutanea dei tendini:** limite di 6.000 Euro. **(6) Ulteriori rimborsi:** limite di 5.000 Euro per Assicurato. **(7) Inabilità temporanea:** franchigia di 9 giorni con periodo massimo di 365 giorni per sinistro. **(8) Malattie tropicali - Malaria:** limite di 500.000 Euro. **(9) Menomazioni estetiche:** limite di 7.500 Euro per Assicurato. **(10) Rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro:** limite di 250.000 Euro. **(11) Raddoppio somma assicurata - Commorienza:** limite di 250.000 Euro; questa estensione di garanzia non è valida per il Rischio volo e in caso di rapina, tentata rapina estorsione e tentativo di sequestro. **(12) Estensione Diaria di ricovero al coniuge:** scoperto del 50% con limite di 50 Euro. **(13) Anticipo indennizzi:** limite di 50.000 Euro. **(14) Adattamento abitazione e autoveicolo:** limite di 15.000 Euro per abitazione e di 5.000 Euro per autoveicolo. **(15) Rimborso costi di assistenza psicologica:** limite di 2.000 Euro. **(16) Infortuni su mezzi pubblici di trasporto:** limite di 50.000 Euro. Nel caso di somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio inferiore a 50.000,00 Euro l'indennità forfettaria sarà pari alla somma assicurata per Invalidità Permanente.

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA - Copertura delle sole invalidità permanenti da malattia manifestatasi dopo il 90° giorno dall'inizio dell'assicurazione o dall'inserimento di un nuovo assicurato. Le invalidità permanenti da malattia già accertate non sono soggette a ulteriore valutazione, né in caso di aggravamento né in caso di concorrenza con nuove malattie. Se la malattia colpisce un soggetto con invalidità già accertata per precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità è effettuata autonomamente, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla condizione preesistente. È previsto un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, in base alle percentuali stabilite nella Tabella INAIL.

È prevista la liquidazione di un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in funzione del grado di invalidità accertata. In particolare, nel caso di grado di invalidità compreso tra 1% e 25%, non è prevista liquidazione; nel caso di invalidità tra il 26% e il 50%, la percentuale da liquidare aumenta di 2 punti percentuali per ogni punto percentuale di invalidità, partendo dal 2% di liquidazione fino ad arrivare al 50%; nel caso di invalidità tra 51% e 65%, la percentuale da liquidare aumenta di 3 punti percentuali per ogni punto percentuale di invalidità, partendo dal 53% di liquidazione fino al 95%; nel caso di invalidità tra il 66% e il 100%, l'indennizzo è pari al 100% della somma assicurata.

GARANZIA ASSISTENZA INFORTUNI - Con riferimento alle prestazioni di assistenza di cui ai punti da (5) a (30) indicate per la presente garanzia nella sezione "Che cosa è assicurato?", le stesse sono fornite solo a seguito di infortunio che comporti un ricovero di almeno 3 giorni. Si riportano di seguito le ulteriori limitazioni previste per le singole garanzie:

- **Trasporto in ambulanza:** copertura del costo fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo, con limite di un sinistro per annualità e una prestazione per sinistro;
- **Trasferimento in Istituto di Cura:** esclusione dalla copertura di terapie riabilitative e di infermità o lesioni curabili sul posto o che non impediscono il proseguimento del viaggio
- **Rientro dei familiari:** copertura delle spese fino a 500 Euro per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Rientro salma:** copertura di spese fino a 5.000 Euro per sinistro, con esclusione di spese per cerimonie funebri e recupero della salma.
- **Invio di un operatore per assistenza sanitaria:** copertura di spese fino a 500 Euro per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Invio collaboratrice familiare:** copertura delle spese fino a 250 Euro per sinistro, con limite di due sinistri per annualità
- **Autista per infortuni lontani dall'abitazione:** copertura degli onorari dell'autista fino al massimale di 500 Euro, con limite di due sinistri per annualità e spese per carburante e pedaggi (autostrade, traghetti, etc.) a carico dell'Assicurato.
- **Prolungamento soggiorno:** copertura delle spese di pernottamento e prima colazione fino a 10 giorni successivi alla data stabilita per il

rientro dal viaggio e fino a **100 Euro** al giorno, con limite di due sinistri per annualità.

- **Interprete a disposizione:** copertura onorari fino a **8 ore** lavorative, con limite di un sinistro per annualità e una prestazione per sinistro.
- **Anticipo spese di prima necessità:** anticipo del pagamento delle spese sostenute e documentate fino a un massimo di **5.000 Euro** per sinistro, con esclusione di: (1) paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa; (2) trasferimento di valuta all'estero che comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato; (3) mancanza, da parte dell'Assicurato, di garanzie di restituzione delle spese che siano ritenute adeguate dalla Struttura organizzativa. Al rientro l'Assicurato è tenuto al rimborso della somma anticipata entro **30 giorni** dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'Assicurato è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente. È previsto un limite di tre sinistri per annualità e una prestazione per sinistro.
- **Consegna farmaci:** esclusi dalla copertura i costi relativi a medicinali e/o articoli sanitari, che restano a carico dell'Assicurato.
- **Invio di un medico:** copertura delle spese fino a un massimo di **350 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Invio di un fisioterapista:** copertura delle spese fino a un massimo di **500 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche:** copertura dei costi dell'accompagnatore fino a **4 ore** per sinistro e, eventualmente, fino a **100 Euro** per sinistro per il servizio Taxi, con un limite di due sinistri per annualità.
- **Ricongiungimento:** copertura delle spese fino a **500 Euro** per sinistro, fino a **90 giorni** successivi alla data di sinistro e con limite di due sinistri per annualità.
- **Accompagnamento di minori:** copertura delle spese fino a **250 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità. Sono escluse le spese di soggiorno del familiare, che restano a carico dell'Assicurato.
- **Spese d'albergo:** copertura delle spese di pernottamento e di prima colazione fino a **500 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Viaggio di un familiare:** copertura delle spese fino a **250 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Soggiorno di un familiare:** copertura delle spese di pernottamento e di prima colazione fino a **500 Euro** per sinistro, con limite di due sinistri per annualità.
- **Persona amica per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani:** copertura delle spese fino a **250 Euro** per sinistro, operante entro **90 giorni** dalla data del sinistro e con limite di due sinistri per annualità.
- **Invio taxi:** copertura delle spese fino a un massimo di **3** corse di taxi per Sinistro, con sottolimito di **50 Euro** per corsa e limite di due sinistri per annualità.
- **Traduzione cartella clinica:** copertura delle spese fino a **500 Euro** per sinistro con limite di due sinistri per annualità.
- **Rientro del convalescente:** copertura dei costi fino a **5.000 Euro** per sinistro con limite di un sinistro per annualità e una prestazione per sinistro.
- **Collegamento continuo con l'istituto di cura:** copertura delle spese di consulenza telefonica con limite di tre sinistri per annualità e una prestazione per sinistro.
- **Autista per vita quotidiana:** copertura degli onorari dell'autista fino a **250 Euro** per sinistro, con limite di un sinistro per annualità.
- **Care management:** copertura dei costi di individuazione del professionista, con limite di due sinistri per annualità e una prestazione per sinistro.
- **Fornitura di ausili sanitari o ortopedici:** copertura dei costi di ricerca e consegna del materiale fino a **250 Euro** per sinistro, con prestazione operante entro **90 giorni** successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura e limite di due sinistri per annualità.
- **Invio del PET sitter:** copertura dei costi per **5 giorni** per **un'ora** al giorno, fino a **100 Euro** per sinistro, con limite di un sinistro per annualità.
- **Trasmissione messaggi urgenti:** copertura dei costi entro il limite di tre sinistri per annualità e due prestazioni per sinistro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle aziende che intendono garantire una copertura per i propri dipendenti che li indennizzi dai rischi derivanti da infortuni in caso di morte e invalidità permanente o di invalidità permanente da malattia e assistenza in caso di infortunio.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al **21,86%**, calcolato sul premio imponibile.

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@pec.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: per INFORTUNI 2,5% ; per MALATTIA 2,5% ; per ASSISTENZA 10% . I premi versati non sono detraibili. Le prestazioni corrisposte non sono soggette a tassazione.

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 Tutti Protetti
Aziende

Indice

Glossario.....	2 di 34
----------------	---------

Condizioni di Assicurazione.....	5 di 34
----------------------------------	---------

Condizioni generali	5 di 34
Sezione 1 Infortuni	8 di 34
Garanzie	8 di 34
Garanzie aggiuntive (sempre operanti).....	10 di 34
Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni	12 di 34
Condizioni particolari Aziende.....	18 di 34
Sezione 2 Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia	21 di 34
Sezione 3 Assistenza Infortuni	24 di 34

Glossario

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

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

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

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

Compagnia: la Società Assicuratrice, ovvero Zurich Insurance Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

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.

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

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

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

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

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

Sono equiparati a Infortunio anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- c) le morsicature e le punture animali, esclusa la malaria e le malattie tropicali, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti a infortuni garantiti a termini di polizza;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, (salvo quanto

previsto alla Sezione Garanzie Aggiuntive);

- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti a imperizia, imprudenza o negligenza o dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria;
- m) le conseguenze indirette di avvenimenti quali arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto tali da causare, per le condizioni climatiche o per la perdita dell'orientamento, la morte dell'Assicurato o lesioni permanenti gravi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di Assicurazione relativa a un

contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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

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

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

Data ultimo aggiornamento: Giugno 2026

Condizioni di Assicurazione

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

Condizioni generali

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice Civile. È comunque garantito il Diritto all'oblio 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.

Articolo 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore

24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice Civile. Il premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei premi.

Articolo 3 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4 - Aggravamento del rischio

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

Articolo 5 - Diminuzione del rischio

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

Articolo 6 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente e/o la Compagnia possono recedere dall'Assicurazione, con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata O a mezzo PEC indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. Qualora il Contraente abbia acquistato la Polizza in qualità di "Consumatore" ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, la Compagnia rimborsa, entro i 15 giorni successivi alla data di efficacia del recesso, la parte di Premio imponibile relativa al Periodo di Assicurazione non goduto. Resta inteso che il recesso o comunque la cessazione della Polizza per qualsiasi causa non avrà impatto sulle prestazioni assicurative in corso per i singoli Assicurati con riferimento al periodo per cui il Contraente abbia già provveduto a liquidare il premio annuo; in tal caso le coperture assicurative di ciascun singolo Assicurato dureranno sino alla loro naturale scadenza come indicata nel relativo certificato di Polizza.

Articolo 7 - Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

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

Articolo 7.1 - Modifica del Premio e/o della Polizza alla scadenza e rinnovo del contratto

Fermo quanto previsto dall'Articolo 36 "Regolazione Premio", è facoltà della Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario assicurativo, comunicare al Contraente mediante comunicazione scritta con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza – iniziale o di eventuale tacito rinnovo – nuove proposte di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza (quali a titolo meramente esemplificativo: massimali, limiti, scoperti, franchigie), alle stesse condizioni contrattuali di cui al presente Set Informativo.

In tali casi il semplice pagamento del premio entro il 30° giorno successivo alla scadenza del contratto, varrà quale espressione della volontà del Contraente di accettare la nuova proposta, a fronte della quale verrà rilasciata relativa quietanza.

Il Contraente avrà la facoltà di non accettare le nuove proposte di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza astenendosi dal pagamento ed in tal caso il contratto si intenderà risolto alla naturale scadenza senza necessità per il Contraente di dare disdetta.

In assenza di una nuova proposta di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza di cui al presente articolo, oppure di disdetta da parte di una delle parti, resta fermo quanto previsto dall'art. 2 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" e dall'art. 7 "Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione".

Articolo 8 - Obblighi del Contraente nei confronti degli Assicurati

Il Contraente s'impegna a consegnare ad ciascun Assicurato al momento dell'inclusione di ogni persona nella garanzia prestata dal presente Contratto, le Condizioni di Assicurazioni che regolano la copertura assicurativa.

Articolo 9 - Oneri fiscali

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

Articolo 10 - Foro competente

Il Foro competente, a scelta di parte attrice, è quello della sede legale del convenuto ovvero quello ove ha sede l'Intermediario assicurativo cui è assegnato il contratto. Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Articolo 11 - Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge

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

Articolo 12 - Altre assicurazioni

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

Articolo 13 - Rinvio alle norme di Legge

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

Articolo 14 - Sanction clause

La Compagnia non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di Risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente Contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle Leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America.

Sezione 1 Infortuni

Cosa e come assicuriamo

Articolo 15 - Oggetto dell'Assicurazione

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

- a) nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata; tuttavia, in caso di Infortunio conseguente all'esercizio di attività professionali diverse da quelle dichiarate all'atto di stipulazione della Polizza e che comportino un Aggravamento del rischio (Art. 4), la Compagnia riconosce il 70% dell'indennizzo, a condizione che l'Assicurato o i Beneficiari dimostrino che tali attività non erano svolte all'atto della stipulazione della polizza o dei suoi successivi rinnovi;
- b) nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui l'Assicurato si dedichi abitualmente;
- c) nella guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- d) nell'uso come passeggero, esclusi i mezzi subacquei, di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto sia pubblico che privato, compresi i viaggi aerei ed elicotteri di linee aeree autorizzate al servizio pubblico, i voli charter o straordinari gestiti da linee aeree autorizzate al servizio pubblico e i voli su aeromobili militari in regolare supporto al traffico civile nonché i voli su velivoli appartenenti a privati purché condotti da piloti professionisti e con esclusione delle transvolate oceaniche;
- e) in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, a lavori di ordinaria manutenzione, a hobby, al giardinaggio e all'orticoltura;
- f) nell'esercizio di giochi o attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'Art. 39) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, raduni motociclistici e cicloturistici, o a regate veliche;
- g) nell'esercizio di attività sportive e relativi allenamenti a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative federazioni, che non comportino l'impiego di veicolo o natanti a motore.

Garanzie

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

Articolo 16 - Caso Morte

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

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

Articolo 17 - Caso Invalidità Permanente

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

- a) determina il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ("Tabella INAIL") e successive modifiche;
- b) liquida un Indennizzo in percentuale sulla somma assicurata come segue:
- fino a 1.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 3% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore o uguale al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 10%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.
 - oltre 1.000.000,00 euro e fino a 2.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 10% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 10% ma inferiore o uguale al 25%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 10%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 25%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.
 - nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.
 - Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni, l'Assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente.

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

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

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

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

Articolo 18 - Spese di cura

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato per:

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

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

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

Articolo 19 - Diaria da ricovero

La Compagnia riconosce la diaria assicurata in Polizza per la durata massima di 360 giorni. Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

Articolo 20 - Inabilità Temporanea

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquida la diaria giornaliera assicurata in Polizza:

- integralmente: per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni (Inabilità Temporanea totale);

- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni (Inabilità Temporanea parziale).

L'Inabilità Temporanea accertata sarà liquidata al 60% a totale e per il restante 40% a parziale, **dopo aver dedotto la franchigia**. L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni per ogni sinistro, **con franchigia di 9 giorni**.

La diaria da Inabilità non è cumulabile con la diaria da Ricovero.

Articolo 21 - Massimo catastrofale

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

Garanzie aggiuntive

(sempre operanti)

Articolo 22 - Ernie traumatiche

A parziale deroga dell'Art. 39, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- a) la garanzia prende effetto, dalle ore 24.00 del 180° giorno seguente al perfezionamento della Polizza e, in caso di nuovo Assicurato, dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo alla data di inserimento;
- b) se in base al parere medico l'ernia non è operabile, verrà riconosciuto un grado di Invalidità Permanente non superiore al 10%;
- c) in caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 44.

Articolo 23 - Rottura sottocutanea dei tendini

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 39, relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale, del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale e della cuffia dei rotatori, la Compagnia liquiderà, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento, una invalidità pari al 4%, **con il massimo di 6.000,00 euro**, senza l'applicazione di franchigia.

Articolo 24 - Ulteriori rimborsi

In caso di Infortunio liquidabile a termini di polizza la Compagnia riconosce un ulteriore indennizzo, **sino a un massimo di 5.000,00 euro per assicurato**, per le spese documentate e sostenute, relativamente a:

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

Le garanzie del presente articolo operano in alternativa alle analoghe prestazioni presenti nella sezione

3) Assistenza, se prestata, pertanto le due prestazioni non sono cumulabili.

Articolo 25 - Malattie tropicali - Malaria

La garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, **fino a concorrenza delle somme assicurate e con un massimo indennizzo di 500.000,00 euro**. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che **non si darà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente derivante da malattie tropicali quando questa sia di grado inferiore al 15% della totale**; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto **soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della Tabella di cui all'Art. 17**.

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

decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 44.

Articolo 26 - Rischio guerra

A parziale deroga dell'Art. 39, la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli Infortuni derivanti da stato di guerra, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.**

Articolo 27 - Menomazioni estetiche

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

Per le persone che nel corso del contratto raggiungano il 50° anno di età, la presente Garanzia Aggiuntiva cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento dell'età indicata.

Articolo 28 - Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

In caso di decesso dell'Assicurato, in conseguenza di un Infortunio subito a seguito dei reati di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso, la Società paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 50%, **tale somma non potrà essere comunque superiore ad euro 250.000,00.**

Articolo 29 - Raddoppio della somma assicurata – Commorienza

Se il medesimo Infortunio provoca la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore e nel caso i loro figli minorenni conviventi risultano unici Beneficiari della Polizza, la Società paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 50% ma entro il limite aggiuntivo di Euro 250.000,00. Ai Figli minorenni verranno equiparati i Figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% (sessanta per cento). Questa estensione di garanzia non è valida per il Rischio volo e in caso di rapina, tentata rapina estorsione e tentativo di sequestro.

Articolo 30 - Estensione Diaria da ricovero al coniuge

Se il medesimo Infortunio provoca il ricovero in Istituto di Cura dell'Assicurato e del suo coniuge non assicurato, la Società riconosce una diaria al coniuge nella misura del 50% di quella pattuita in Polizza per l'Assicurato con il limite massimo di euro 50,00.

Articolo 31 - Anticipo indennizzi

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Compagnia postumi di Invalidità Permanenti superiori al 25% della totale, la Compagnia metterà a disposizione, quale anticipo Indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di Euro 50.000,00. Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Compagnia nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuale eccedenza.

Articolo 32 - Adattamento abitazione e autoveicolo

La Compagnia, in caso di Infortunio indennizzabile ai termini di Polizza, che comporti una Invalidità Permanente superiore al 50%, in base alla valutazione del medico della Compagnia, rimborsa le spese

sostenute dall'Assicurato con i limiti di seguito indicati:

- le spese per riadattare la propria abitazione in modo da renderla agibile e utilizzabile in piena autonomia, comprese le spese di progettazione, per un importo massimo pari al 10% della somma assicurata per l'Invalidità permanente da infortunio, con il limite massimo di Euro 15.000,00,
- le spese per riadattare il proprio autoveicolo in modo da utilizzarlo e consentirgli di guidare in piena autonomia, comprese le spese di modifica patente, per un importo massimo pari al 10% della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio, con il massimo di Euro 5.000,00.

Articolo 33 - Rimborso costi di assistenza psicologica

In caso di Morte o Invalidità Permanente uguale o superiore al 50% a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, o conseguenti a un Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto, la Società rimborserà all'Assicurato il costo delle consulenze di uno psicologo, fino alla somma di 2.000,00 (duemila) euro per evento. Detto rimborso verrà erogato all'Assicurato o, in caso di decesso dello stesso, ai Beneficiario o agli Aveni diritto ferma la massima disponibilità complessiva in euro 2.000,00.

Articolo 34 - Infortuni su mezzi pubblici di trasporto

Nel caso di Infortunio avvenuto a bordo di un mezzo Pubblico di trasporto terrestre in qualità di passeggero, che provochi postumi di Invalidità Permanente pari o superiore al 50% all'Assicurato, la Società erogherà un importo forfettario di 50.000,00 euro in aggiunta all'Indennizzo da liquidare a termini di Polizza.

Nel caso di somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio inferiore a 50.000,00 Euro l'indennità forfettaria sarà pari alla somma assicurata per Invalidità Permanente.

Articolo 35 - Calamità naturali

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

Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

Articolo 36 - Variazione del Contraente

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

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

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

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il limite di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Compagnia la quale **nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.**

Articolo 37 - Regolazione Premio

A. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciate.

- 1) Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il Dipendente effettivamente riceva a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso e indennizzo, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.
Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.
- 2) Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'Infortunio.
- 3) Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'Infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'Assicurato infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione e quella dell'Infortunio.
- 4) Entro novanta giorni dalla fine d'ogni anno di Assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio.
Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.
Il premio di polizza comunque acquisito si deve intendere pari al 75% del premio imponibile dell'annualità assicurativa.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Compagnia.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti:
la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine, non superiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.
Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (I) e (II) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.
Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi di cui ai punti (I) e (II) che precedono, relativi alla regolazione del Premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione.
Qualora all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risulti maggiore di oltre il doppio rispetto a quello anticipato, quest'ultimo è aumentato con decorrenza dall'inizio del periodo annuo successivo a quello della comunicazione, fino alla concorrenza del 75% dell'ultimo consuntivo.
- 5) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga a esibire in qualsiasi momento insieme a ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

B. Assicurazione in base alle persone indicate per nominativo

Il Contraente dovrà dare comunicazione scritta delle inclusioni e/o esclusioni delle persone indicate per nominativo alla Compagnia o all'Intermediario Assicurativo al quale è stata assegnata la polizza, a mezzo lettera raccomandata o telefax.

In tale comunicazione dovranno essere indicate le generalità dell'Assicurato (nome, cognome, data di nascita, attività professionale ed eventuali eredi designati), nonché la data di inclusione o di esclusione, che in nessun caso potrà essere antecedente a quella risultante dal giorno di spedizione della suddetta comunicazione.

Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.

Non è prevista la regolazione delle differenze passive. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti:

- (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero
- (ii) il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva.

Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

C. Assicurazione in forma anonima a capitali fissi

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

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli. La copertura e/o la esclusione dalla copertura decorreranno dalle ore 24.00 della data di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro indicata nei suddetti libri.

Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.

Non è prevista la regolazione delle differenze passive. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti:

- (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero
- (ii) il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva.

Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

D. Assicurazione in base alle giornate/presenze

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

Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia il numero complessivo delle giornate/presenza degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.

Non è prevista la regolazione delle differenze passive. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti:

- (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero
- (ii) il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva.

Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Articolo 38 - Validità territoriale

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

Articolo 39 - Esclusioni

Salvo quanto previsto all'Art. 15, sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni conseguenti:

- a) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- b) all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bungee jumping, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);

- c) a stato di ubriachezza, secondo i parametri fissati dal Codice della Strada in vigore al momento di verifica del Sinistro, quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- d) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- e) a delitti dolosi dell'Assicurato restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto ai precedenti Artt. 21 e 22);
- g) fatti di guerra (salvo quanto previsto al precedente Art. 26);
- h) infortuni occorsi a seguito di trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 40 - Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 41 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 42 - Obblighi in caso di Sinistro

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della Polizza.

La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

Si precisa che l'Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del sinistro.

In caso di ingiustificato ritardo della Denuncia, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera da Inabilità Temporanea, qualora oggetto di copertura, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

Gli eventuali successivi prolungamenti dell'Inabilità Temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato.

L'Assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Per il rimborso di quanto indicato all'articolo "Spese di cura" occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di ricovero.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.
- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della

- Avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Articolo 43 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato. Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a - e/o aggravato da - condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.

L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria. Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e non è trasmissibile. Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto alla Sezione "In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia" all'articolo 41 - Obblighi in caso di Sinistro.

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

Articolo 44 - Controversie

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

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

Articolo 45 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata nell'art. 42 "Obblighi in caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente l'Assicurato muore, in conseguenza del medesimo Infortunio, la Compagnia corrisponde alle persone indicate all'Art. 16 la differenza tra l'indennizzo pagato e quello dovuto per il Caso Morte ove quest'ultimo sia superiore al primo o non chiede il rimborso nel caso contrario.

Articolo 46 - Rinuncia alla rivalsa

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

Articolo 47 - Responsabilità civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i Beneficiari di cui all'art. 16, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

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

Condizioni particolari Aziende

A. Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

A parziale modifica dell'Art. 15 si conviene che:

- 1)** la garanzia è limitata agli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza;
- 2)** la garanzia vale anche durante l'abituale percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

B. Limitazione della garanzia ai soli rischi extraprofessionali (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

A parziale modifica dell'Art. 15, si conviene che:

- 1)** la garanzia è limitata agli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente.

C. Condizioni speciali per Dirigenti (garanzia sempre operante)

I Franchigia per Invalidità Permanente

la liquidazione dell'indennizzo determinata come al precedente Art. 17, avverrà senza l'applicazione di alcuna franchigia;

Nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

II Esonero denuncia infermità, mutilazione, difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali infermità, mutilazioni e difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, **fermo restando che in caso di Infortunio che abbia colpito un organo o un arto già minorato, l'indennizzo dovuto secondo le percentuali previste dalla presente polizza verrà diminuito in maniera corrispondente alle infermità e ai difetti fisici preesistenti.**

III Esonero denuncia altre assicurazioni

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

IV Sport pericolosi

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti **dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo, gli sport aerei in genere e gli sport motoristici.**

V Malattie professionali

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

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

D. Consigli di Amministrazione - rischio della carica (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

A modifica delle condizioni di polizza l'Assicurazione è limitata agli Infortuni che gli assicurati subiscono mentre, per conto ed ordine del Consiglio di Amministrazione del Contraente, svolgano le attività inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi quelli occorsi durante trasferimenti e missioni.

Sono escluse le garanzie aggiuntive del capitolo "Norme che regolano l'Assicurazione infortuni".

E. Dipendenti in Trasferta (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

L'Assicurazione vale solamente per gli Infortuni occorsi agli Assicurati in occasione di missioni o viaggi di lavoro, distacco con o senza soggiorno all'Estero. La copertura decorre dal luogo d'abitazione dell'Assicurato o dalla sede di lavoro e termina al ritorno dell'Assicurato ad uno dei suddetti luoghi di partenza.

F. Rischio volo

(valida solo se espressamente richiamata in polizza - limitazione al solo rischio volo)

A modifica delle condizioni di Polizza l'Assicurazione è limitata agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di **passaggero (ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio)** su velivoli ed elicotteri:

- di linee aeree regolari autorizzate al servizio pubblico;
- eserciti da società che effettuano voli "charter"
- gestiti da Corrieri e aziende di trasporto aereo

- di autorità militari o civili, in occasione di traffico civile
- di trasporto a domanda (aerotaxi).

Sono in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri esercitati da aeroclubs.

Di comune accordo fra le Parti si conviene che, indipendentemente dalle somme individualmente assicurate, nel caso di evento nel quale rimangano infortunati più Assicurati, **il massimo esborso a carico della Compagnia non potrà superare la somma prevista al precedente Art. 21, essendo inteso che in tal caso le somme assicurate per ciascun Assicurato si intenderanno ridotte in proporzione, fermo sempre l'esborso massimo suindicato.**

G. Recovery Hope (garanzia sempre operante)

A) Somma assicurata a seguito di stato di coma

La Compagnia riconosce il pagamento di un Indennizzo **alternativo e sostitutivo** a quello previsto in Polizza per il caso Morte, al Beneficiario o agli aventi diritto se ne fanno richiesta, **al verificarsi delle condizioni di seguito definite:**

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

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

3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Art.42) "Obblighi in caso di Sinistro", su tale stato.

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

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

B) Diaria a seguito di stato di coma

Nel caso in cui l'Assicurato fosse rimasto in stato di coma ininterrotto non indotto o farmacologico, a seguito di Infortunio, per più di 10 giorni, la Compagnia erogherà agli aventi diritto un importo di 100 euro per ciascun giorno trascorso in coma, fino ad un massimo di 100 (cento) giorni consecutivi.

L'Indennizzo verrà considerato in aggiunta alle somme previste in caso di Morte o Invalidità Permanente da Infortunio.

Detta prestazione, si intende alternativa alla Diaria da Ricovero e/o Inabilità Temporanea se prestate.

Sezione 2 Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

Norme che regolano l'Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia

Articolo 1 - Oggetto dell'Assicurazione

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

Articolo 2 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia vale per le Invalidità Permanenti conseguenti a Malattia **manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'Assicurazione, o dopo il 90° giorno successivo alla data di inserimento di un nuovo Assicurato.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza della Compagnia, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

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

Articolo 3 - Determinazione dell'indennizzo

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

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

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

Articolo 4 - Esclusioni

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

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

- a) malattia mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- b) A.I.D.S. conclamata;
- c) malattie tropicali;
- d) intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- g) guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- h) indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo.

Articolo 5 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

Per le persone che nel corso del contratto raggiungono il 70° anno d'età, l'Assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale successiva al compimento del 70° anno d'età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che, in tal caso, saranno restituiti al Contraente al netto delle imposte. Il limite di età di ingresso in polizza è di 60 anni.

Articolo 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

Occorre inoltre:

allegare alla denuncia, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;

inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni circa il decorso della malattia fornendo le cartelle cliniche in caso di ricovero ed ogni altra documentazione utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora il decesso per cause indipendenti dalla malattia avvenisse prima degli accertamenti disposti dalla Compagnia, gli eredi o gli aventi diritto dovranno inoltre fornire prova documentale atta a provare:

l'esistenza e quantificazione dell'invalidità permanente da malattia;

l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia

Articolo 7 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata. **Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.**

Si precisa che per "malattie coesistenti" si intendono le malattie o invalidità di cui il soggetto assicurato fosse già affetto e che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto incidenti su sistemi organo funzionali diversi.

Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Si precisa che per "malattie concorrenti" si intendono le malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato) che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità è effettuata quindi in modo autonomo, senza tener conto

del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il diritto all'indennità permanente da Malattia è di carattere personale e non è trasmissibile.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda per cause indipendenti dalla malattia prima che l'indennizzo sia pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di eventuale offerta della Compagnia o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto dagli artt. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, 7 - Criteri di indennizzabilità.

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

La liquidazione viene fatta in Italia e in valuta italiana.

Articolo 8 - Controversie

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

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

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

Articolo 9 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata all'articolo 6 "Obblighi per l'Assicurato in caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulta dovuto e ne dà comunicazione agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Compagnia si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico. Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde ai beneficiari espressamente indicati in Polizza la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore. La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario

Articolo 10 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Articolo 11 - Regolazione premio

S'intendono operanti le medesime norme di cui all'Art. 29, capitolo "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni".

Articolo 12 - Persone non residenti nel Territorio Italiano - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 13 - Recesso in caso di Sinistro – Non applicabilità

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

Sezione 3 Assistenza Infortuni

Che cosa è assicurato e come

Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prevede l'erogazione di Prestazioni, come di seguito descritte.

Tutte le Prestazioni sono fornite a seguito di Infortunio dell'Assicurato.

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

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

Numero verde 800-181515 (valido solo in Italia)

oppure +39.015-2559790 (valido in Italia e all'estero)

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore della garanzia Assistenza. Tale modifica sarà comunicata mediante pubblicazione sul sito internet della Compagnia o nell'area riservata. La sostituzione del fornitore avverrà senza modifiche in peggioramento delle condizioni contrattuali e di Premio pattuite con il Contraente.

Per quanto riguarda la garanzia Assistenza:

per **Assicurato**: si intende la persona fisica residente e domiciliata nel Territorio italiano di età inferiore a 80 anni, indicata in Polizza, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

per **Assicurazione**: si intende il contratto di Assicurazione.

per **Assistenza Infermieristica**: si intende l'assistenza prestata da personale dotato di specifico diploma.

per **Compagnia**: si intende la Società Assicuratrice, ovvero Zurich Insurance Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

per **Domicilio**: si intende luogo in Italia in cui l'Assicurato ha la propria Residenza, dimora abituale o temporanea.

per **Documentazione Sanitaria**: si intende l'insieme di tutti i documenti (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, certificati o referti) necessari ad accertare la Malattia o l'Infortunio, l'anamnesi patologica, ivi inclusa la relativa data di prima insorgenza ed il percorso diagnostico-terapeutico intrapreso e/o programmato.

per **Infortunio**: si intende ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili.

per **Istituto di Cura**: si intende l'ospedale pubblico, la clinica, il centro diagnostico o la casa di cura, siano convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche ed affini, le case di riposo.

per **Familiare**: si intende il coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, "demi-frère" (fratellastro), "demisoeur" (sorellastra), nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini di primo grado, nipoti di primo grado dell'Assicurato, nonché quanti altri con lui conviventi, purché risultanti da regolare certificazione.

per **Malattia**: si intende ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

per **Polizza**: si intende il documento che prova l'Assicurazione e regola i rapporti fra le Parti.

per **Prestazione**: si intende l'immediato aiuto fornito da parte della Compagnia all'Assicurato, nel momento della difficoltà, a seguito del contatto e per il tramite della Struttura Organizzativa.

per **Residenza**: si intende il luogo in Italia in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

per **Ricovero**: si intende la degenza in Istituto di Cura.

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

per **Struttura Organizzativa**: si intende la struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, ed organizza e eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le Prestazioni di assistenza previste in Polizza.

per **Territorio italiano**: si intende il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

per **Viaggio**: si intende lo spostamento, il soggiorno o la locazione dell'Assicurato a scopo di lavoro, stage o turistico verso/in una località ad almeno 100 chilometri dalla Residenza dell'Assicurato.

Assistenza immediata

Nel caso in cui un'alterazione improvvisa dello stato di salute, a seguito d'Infortunio anche non certificati da Documentazione Sanitaria, determini una necessità improvvisa per l'Assicurato, la Compagnia fornirà le Prestazioni di Assistenza sotto dettate.

1) Interprete a disposizione all'estero

La Prestazione è attiva solo al di fuori del Territorio italiano

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

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 8 ore lavorative con il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa e (1) una Prestazione per Sinistro.

2) Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile corrisponderle direttamente e immediatamente per perdita della capacità di acquisto, la Struttura Organizzativa anticiperà, per conto dell'Assicurato, **il pagamento delle fatture fino ad un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.**

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

La Prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

La Compagnia fornirà la prestazione con il limite di 3 (tre) Sinistri per Annualità assicurativa e (1) una Prestazione per Sinistro.

3) Trasporto in autoambulanza per recarsi presso istituto di cura

Qualora l'Assicurato necessiti di un'autoambulanza per il trasporto, alternativamente, dal Domicilio o dal luogo di primo soccorso, all'Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa predisporrà l'organizzazione e l'invio di un'autoambulanza.

La Prestazione è attiva solo a fronte di espressa richiesta scritta del medico che ha in cura l'Assicurato, riportante le ragioni della richiesta.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (andata/ritorno), con il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa e (1) una Prestazione per Sinistro.

4) Rientro salma

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

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.

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

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

Assistenza durante il ricovero

Le Prestazioni elencate dal punto 5 al punto 29 sono fornite a seguito di Infortunio che comporti un Ricovero di almeno 3 giorno (due notti di ricovero).

Relativamente alle Prestazioni di cui ai punti dal 5 al 23 la Struttura Organizzativa definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio; a tal fine, ogni Prestazione dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di disporre il servizio stesso.

5) Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito d'Infortunio abbia subito lesioni ritenute non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera di primo soccorso, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a:

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

Non danno luogo alla Prestazione:

- le lesioni che, a giudizio dei medici, siano curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera di primo soccorso;
- le terapie riabilitative.

6) Traduzione della cartella clinica

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

7) Collegamento continuo con l'Istituto di Cura

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

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della consulenza telefonica con il limite di 3 (tre) Sinistri per Annualità assicurativa e 1 (una) Prestazione per Sinistro.

8) Viaggio di un Familiare

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

9) Soggiorno di un Familiare

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

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, con un limite di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

10) Rientro del convalescente

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

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

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

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 5.000,00 per Sinistro, con il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa e 1 (una) Prestazione per Sinistro.

11) Ricongiungimento

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

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

Assistenza presso la Residenza o Domicilio

12) “Persona amica” per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, successivamente al Ricovero in Istituto di Cura, di una “**Persona amica**” per prendersi cura dei figli minori di 14 anni, Familiari portatori di handicap o persone anziane con età superiore ai 70 anni, con lui conviventi, la Struttura Organizzativa fornirà alla persona indicata dall'Assicurato, residente in Territorio italiano, un biglietto aereo (classe economica) oppure biglietto ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e/o altro mezzo di trasporto necessario per raggiungere la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato.

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

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

13) Invio Taxi

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

A seguito dell'attivazione della prestazione “**Persona amica**” come disciplinato nell'art. 12, qualora la persona indicata dall'Assicurato, che si trovi, anche temporaneamente, presso la Residenza o Domicilio dell'Assicurato successivamente alle sue dimissioni dall'Istituto di Cura, abbia manifesta necessità di effettuare degli spostamenti, la Struttura Organizzativa disporrà il servizio di taxi.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 3 corse di taxi per Sinistro, con il sotto limite di € 50,00 per ciascuna corsa, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa; Non sono previsti frazionamenti del massimale a disposizione.

14) Invio di un medico

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, presso la Residenza o Domicilio, uno dei medici convenzionati.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 350,00 per Sinistro.

Con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

Restano a carico dell'Assicurato i costi delle cure, degli esami, delle ulteriori visite e dei medicinali prescritti dal medico.

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

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora la Prestazioni “**Invio di un medico**” come disciplinato nell'art. 14, non possa essere effettuata presso la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad individuare un accompagnatore, ed eventualmente organizzare anche un servizio di taxi, per consentire all'Assicurato di recarsi dalla propria Residenza o Domicilio, in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure.

L'invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche potrà essere richiesto tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00. **La Compagnia terrà a proprio carico i costi dell'accompagnatore fino ad un massimo di 4 h per Sinistro ed eventualmente fino ad un massimo di € 100,00 per Sinistro per il servizio di taxi (andata/ritorno).**

Con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

16) Invio di un operatore per assistenza sanitaria

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di essere assistito da un operatore sanitario, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza o il Domicilio temporaneo.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

17) Invio di un fisioterapista

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza o il Domicilio.

L'invio di un fisioterapista potrà essere richiesto tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro. Con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

18) Autista a disposizione per vita quotidiana

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per permettere all'Assicurato convalescente di raggiungere le destinazioni da questo prescelte. **La Prestazione, potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.**

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro. con il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa.

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

19) Invio collaboratrice familiare

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa invierà una collaboratrice familiare presso la Residenza, compatibilmente con le disponibilità locali.

La Prestazione verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

20) Care Management

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato a seguito di terapia medico/farmacologica alla cui conclusione sia necessario un periodo di convalescenza presso la Residenza o Domicilio. La Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato provvederà al reperimento e invio di:

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

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

La Compagnia terrà a proprio carico il costo dell'individuazione del professionista con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa e 1 (una) Prestazione per ciascun Sinistro.

La prenotazione e il costo delle eventuali prestazioni restano a carico dell'Assicurato.

21) Fornitura di ausili sanitari o ortopedici

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato al momento della dimissione dall'Istituto di Cura richieda, in quanto 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 occuperà della ricerca e l'invio dell'attrezzatura richiesta in comodato d'uso, per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro.**

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

La Prestazione è operante entro i 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura. La Compagnia terrà a proprio carico il costo per ricerca e consegna del materiale fino ad un massimo di 250,00 Euro per Sinistro, entro il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa. Restano a carico dell'Assicurato le spese relative al noleggio ed eventuali acquisti dell'attrezzatura.

22) Consegna farmaci

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, non sia in grado, così come documentato dalla cartella sanitaria, di occuparsi personalmente del ritiro dei farmaci e necessari, sulla base di specifica indicazione medica scritta, di medicinali e/o di articoli sanitari, potrà contattare la Struttura Organizzativa, la quale organizzerà:

- il ritiro della relativa indicazione medica scritta presso il Domicilio dell'Assicurato e del denaro necessario all'acquisto dei medicinali e/o degli articoli sanitari;
- l'acquisto e la consegna a Domicilio di quanto indicato dal Medico Curante.

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

Sono esclusi dalla consegna i farmaci in classe A, ritenuti essenziali (salvavita) e classe H che per caratteristiche farmacologiche, o per innovatività o per altri motivi di sicurezza, non possono essere utilizzati al di fuori degli Istituti di Cura.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo del ritiro di quanto indicato dal Medico Curante e della consegna dei farmaci e/o degli articoli sanitari, con il limite di 3 (tre) Sinistri per Annualità assicurativa e (1) una Prestazione per Sinistro.

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

Assistenza PET (cane e gatto)

23) Invio PET Sitter (cane e gatto)

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, si trovi nell'impossibilità di accudire il proprio animale (cane e gatto), la Struttura Organizzativa effettuerà la ricerca di un PET Sitter e lo invierà alla Residenza dell'assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione per 5 giorni per un'ora al giorno (continuativa), fino a un massimo € 100,00 per Sinistro, entro il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa.

Assistenza in Viaggio

Le Prestazioni elencate dal punto 24 al punto 29 sono fornite a seguito di Infortunio che si verifichi ad oltre 100 km dal luogo di Residenza dell'Assicurato.

24) Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato in Viaggio, accompagnato da minori di 14 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a causa di un Ricovero in Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un Familiare, residente nel Territorio italiano, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla Residenza.

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

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

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

25) Spese d'albergo

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

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

26) Rientro dei Familiari

Qualora l'Assicurato in Viaggio, accompagnato da Familiari, venga ricoverato presso l'Istituto di Cura, la Struttura Organizzativa, qualora i Familiari non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, metterà a loro disposizione un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) per rientrare alla propria residenza nel Territorio italiano.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

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

27) Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, subendo l'Infortunio in Viaggio, alle dimissioni dall'Istituto di Cura, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria Residenza alla data stabilita, la Struttura Organizzativa predisporrà il prolungamento del suo soggiorno in albergo.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di 10 (dieci) giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino alla concorrenza di € 100,00 al giorno, con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

28) Autista a disposizione per Infortuni lontani dall'abitazione

Qualora l'Assicurato si trovi in Viaggio e, successivamente alle dimissioni dall'Istituto di Cura, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo e i passeggeri fino alla Residenza dell'Assicurato, secondo itinerario più breve. **La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo € 500,00 per Sinistro.**

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

Con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa.

29) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato durante il ricovero o in Viaggio nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura, dovesse avere la necessità di comunicare con persone in Italia e si trovasse nell'impossibilità di mettersi in contatto direttamente con loro, la Struttura Organizzativa, provvederà all'invio di messaggi urgenti.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo con il limite di 3 (tre) Sinistri per Annualità assicurativa e 2 (due) Prestazione per Sinistro.

La Struttura organizzativa non è responsabile del contenuto dei messaggi trasmessi.

Disciplina delle prestazioni valida per tutte le forme contrattuali

- a) In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio italiano superiore a **90 giorni, la copertura si intende sospesa.**
- b) La garanzia, se non specificato diversamente, è prestata non più di **una volta per tipo di Prestazione per singolo Sinistro**, per un massimo di tre Sinistri per anno assicurativo;
- c) **Restano a carico del Cliente eventuali eccedenze rispetto al Massimale indicato all'interno di ciascuna Prestazione.**
- d) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, **la Compagnia non è tenuta a fornire Prestazioni o rimborsi alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.**

- e) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- f) Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, **il diritto alle Prestazioni fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.**
- g) Ogni diritto nei confronti della Compagnia **si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.**
- h) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto della presente copertura, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.
- i) **A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di Prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra Impresa di Assicurazione, è fatto obbligo di dare avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice nel termine di tre giorni a pena di decadenza.**
- j) Nel caso in cui l'Assicurato attivasse altra impresa, **le Prestazioni previste dalla presente Polizza saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a Lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato direttamente la Prestazione.**

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

Dove vale la copertura

Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i sinistri con accadimento per come richiamato in Polizza:

- **Forma A** Stati membri dell'Unione Europea – Svizzera – Gran Bretagna
- **Forma B** Mondo.

Salvo alcune prestazioni che operano solo nel territorio italiano come indicato all'interno delle singole prestazioni di assistenza.

Che cosa non è assicurato

Esclusioni

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

- a) **svolgimento di professioni a rischio, ovvero: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense;**
- b) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- c) **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
- d) **dolo dell'Assicurato;**
- e) **suicidio o tentato suicidio;**
- f) **Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo agonistico e/o professionale;**
- g) **Infortuni conseguenti a trattamenti medico/chirurgici con finalità estetiche;**

- h) coinvolgimento dell'Assicurato in qualsiasi atto illecito o criminoso;
- i) Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

La copertura non opera inoltre in caso di:

- dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari dell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato;
- rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le Prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa;
- epidemie e/o pandemie relative alla popolazione civile dichiarate dalle autorità (a titolo esemplificativo e non limitativo I.S.S. e/o O.M.S.);
- circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo.

Tutte le Prestazioni erogate per tramite della Struttura Organizzativa saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

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

Cosa fare in caso di Sinistro

Denuncia di Sinistro:

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

- Numero Verde 800 181515 o
- Numero: +39 015 2559790 (valido anche dall'estero)

oppure può scrivere a:

- Mapfre Asistencia S.A.
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)

- per posta elettronica all'indirizzo mail a: assistenza@mapfre.com
- attraverso fax al numero: +39 015 2559604

In ogni caso si dovrà comunicare con precisione:

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

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

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

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

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 Ba-
Fin, 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.2517.SET INFORMATIVO - ed. 06.2026

