

Zurich Fortuna 2.0

Contratto di Assicurazione
a copertura dei rischi: Infortuni, Invalidità
permanente da malattia e Assistenza.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa	pag. 1 di 6
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag. 1 di 6
B. Informazioni sul contratto	pag. 1 di 6
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag. 4 di 6
Glossario	pag. 1 di 2
Condizioni di Assicurazione	pag. 1 di 14
Condizioni Generali	pag. 1 di 14
Sezione - Infortuni	pag. 3 di 14
• Cosa assicuriamo	pag. 3 di 14
• Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)	pag. 4 di 14
• Altre garanzie (sempre operanti)	pag. 5 di 14
• Condizioni particolari per singolo Assicurato (valide solo se espressamente richiamate in Polizza)	pag. 6 di 14
Sezione - Invalidità permanente da Malattia	pag. 8 di 14
• Cosa assicuriamo	pag. 8 di 14
• Delimitazioni ed Esclusioni	pag. 8 di 14
In caso di sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia	pag. 9 di 14
Sezione – Assistenza Infortuni	pag. 10 di 14
• Cosa assicuriamo	pag. 10 di 14
• Delimitazioni ed esclusioni	pag. 13 di 14
• Effetti giuridici delle Prestazioni	pag. 13 di 14
• Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di Sinistro	pag. 14 di 14
Allegato 1: Tabelle di valutazione medico-legale	pag. 1 di 2
Allegato 2: Tabelle di indennizzo riferite alle Condizioni particolari selezionate e indicate in Polizza	pag. 1 di 9
Allegato 3: Classificazione delle attività professionali	pag. 1 di 3
Allegato 4: Coefficienti di adeguamento del premio per età dell'Assicurato (garanzie Infortuni e Malattia)	pag. 1 di 1
Allegato 5: Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione	pag. 1 di 2

Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Gli eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet (www.zurich.it).

Ai sensi dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato **sulle clausole evidenziate in grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia
Telefono n. 02.59660070 - Telefax n. 02.26622768
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it
Sito internet: www.zurich.it
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.346 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.338 milioni di euro ed è definito applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP).

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, conforme

alla normativa Solvency II, è del 131,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.zurich.it. Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: informazioni@zurich.it.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto ha la durata indicata in polizza ed è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA

In mancanza di disdetta data da una della Parti con lettera raccomandata inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 5 - "Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione" delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Infortuni;
- Invalidità permanente da Malattia;
- Assistenza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato nei paragrafi "Delimitazioni ed Esclusioni" di ciascuna sezione.

AVVERTENZA

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo come disciplinato nell'articolo 2 - "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia" delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limiti massimi di età assicurabile come disciplinato nell'articolo 14 - "Limiti di età" delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza della somma assicurata prescelta dall'Assicurato ed indicata in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Franchigie e/o Scoperti indicati in Polizza o

previsti nelle Condizioni di Assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione. In particolare, per le garanzie Invalidità permanente e Invalidità permanente da Malattia, il Contraente dovrà fare riferimento alle tabelle di calcolo dell'indennità da liquidare in relazione al grado di invalidità accertato presenti all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Il grado di Invalidità permanente accertato varia in funzione della Tabella di valutazione medico-legale sottoscritta dal Contraente/Assicurato ed indicata in Polizza.

La percentuale da liquidare varia in funzione della Tabella di Indennizzo Invalidità permanente sottoscritta dal Contraente/Assicurato ed indicata in Polizza. Le Franchigie inoltre variano in funzione del grado accertato di Invalidità permanente, ovvero all'aumentare di quest'ultimo corrisponde una progressiva diminuzione della Franchigia applicata, fino ad un totale assorbimento della stessa. Per una dettagliata esposizione, si raccomanda un'attenta lettura delle Tabelle di Indennizzo presenti all'interno dell'allegato 2) alle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento di applicazione di Franchigie, si riportano di seguito dei casi numerici a puro titolo esemplificativo, ma non esaustivo.

Esempio 1: Caso di Invalidità permanente

Somma assicurata:	200.000 euro
Tabella di indennizzo sottoscritta:	
Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Grado di Invalidità Accertata:	3%
Percentuale da liquidare come da tabella 1):	0%
Indennizzo:	0 euro

Esempio 2: Caso di Invalidità permanente

Somma assicurata:	200.000 euro
Tabella di indennizzo sottoscritta:	
Tabella 3) – Franchigia 5% con supervalutazione	
Grado di Invalidità Accertata:	13%
Percentuale da liquidare come da tabella 3):	10%
Indennizzo:	20.000 euro

Esempio 3: Caso di Invalidità permanente “multilivello”

Somma assicurata livello 1:	100.000 euro
Tabella di indennizzo sottoscritta:	
Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Somma assicurata livello 2:	200.000 euro
Tabella di indennizzo sottoscritta:	
Tabella 5) – Franchigia 10%	
Grado di Invalidità Accertata:	40%
Percentuale da liquidare come da tabella 1):	50%
Indennizzo tabella 1):	50.000 euro
Percentuale da liquidare come da tabella 5):	40%
Indennizzo tabella 5):	80.000 euro
Indennizzo totale:	130.000 euro

Esempio 4: Caso di Invalidità permanente da Malattia

Somma assicurata:	200.000 euro
Tabella di indennizzo sottoscritta:	
tabella 8) – Franchigia 22%	
Grado di Invalidità Accertata:	26%
Percentuale da liquidare come da tabella 8):	4%
Indennizzo:	8.000 euro

Esempio 5: Caso di Rimborso spese di cura

Somma assicurata:	10.000 euro
Spese mediche documentate:	5.000 euro
Franchigia per singolo infortunio:	150 euro
Indennizzo:	4.850 euro

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Questionario anamnestico - Nullità

AVVERTENZA

Le dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto, comprese le dichiarazioni rilasciate nel questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 1- “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio” delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla legge.

AVVERTENZA

Compilare il Questionario anamnestico in maniera precisa e veritiera. Prima della sottoscrizione verificare con attenzione l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

5. Aggravamento del Rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato, o per esso il Contraente, deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione di Attività professionale poiché ciò può costituire aggravamento o diminuzione del Rischio.

In caso di Infortunio avvenuto durante lo svolgimento di Attività professionale diversa da quella dichiarata:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il Rischio;
- l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta se la diversa attività aggrava il Rischio.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione, e in particolare agli articoli 13 -“Aggravamento del Rischio” e 12 -“Diminuzione del Rischio” delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione e al paragrafo “Attività diverse da quella dichiarata” del capitolo “In caso di sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia”.

6. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio con possibilità per il Contraente di frazionamento:

1. semestrale, per il quale non è previsto alcun onere aggiuntivo;

2. quadrimestrale e trimestrale, per i quali è previsto un onere aggiuntivo pari al 4% del Premio.

Modalità di pagamento del premio

Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui per ciascun contratto.

I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

In caso di durata poliennale, il contratto prevede due modalità alternative di pagamento:

- 1) Premio ricorrente secondo le scadenze e gli importi indicati sulla scheda di polizza;
- 2) "Soluzione Unica": il premio viene pagato dal Contraente per tutta la durata del contratto, anticipatamente, ed in un'unica soluzione.

AVVERTENZA

Il Premio può essere oggetto di sconti qualora il Contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali la Compagnia applica tariffe agevolate (convenzioni) oppure per effetto di scontistiche concesse dalla Compagnia all'Intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente.

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in polizza. A fronte di tale sconto, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso, a fronte della concessione dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in Polizza.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

AVVERTENZA

La polizza prevede la facoltà che le somme assicurate, il Premio e gli eventuali limiti di Indennizzo di garanzia espressi in cifra assoluta possano essere collegati all'indice FOI - "Prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (senza tabacchi)" pubblicato dall'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica. L'indicizzazione non si applica alla garanzia Assistenza. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 16 - Adeguamento automatico - Indicizzazione delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Il premio delle garanzie Infortuni e Malattia è adeguato automaticamente alla scadenza di ogni rata annua in correlazione all'aumentare dell'età dell'Assicurato in conformità alle percentuali di aumento riportate nell'allegato 4) alle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 15 - Adeguamento del Premio per età - delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA

In caso di polizze poliennali, la Compagnia, entro 60 giorni dal pagamento di un Sinistro, può recedere dall'Assicurazione prestata per la garanzia interessata o dall'intera Polizza, con un preavviso di 30 giorni. Limitatamente al caso in cui la Polizza sia stipulata da una persona fisica, tale facoltà spetta anche al Contraente. In ogni caso, tale facoltà non sarà applicabile alla Garanzia Invalidità permanente da Malattia. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alle Condizioni di Assicurazione e in particolare all'articolo 4 - "Recesso in caso di Sinistro" delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA – Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento ricorrente e con indicazione dello sconto sulla scheda di polizza

Qualora la durata del Contratto sia superiore a cinque anni l'Assicurato ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno 60 giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà (art. 1899 del Codice Civile). Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso.

Il recesso va notificato mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. La Compagnia provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.

AVVERTENZA – Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento unico anticipato (indicazione sulla scheda di polizza "Soluzione Unica") e senza indicazione dello sconto sulla scheda di polizza (per inapplicabilità dell'articolo 1899 c.c.)

In una copertura poliennale per "Annualità di Polizza" si intende il periodo di 12 mesi decorrenti dalla data di effetto della copertura (es. 12/3/2012 -12/03/2013).

La copertura assicurativa non gode dello sconto sulla poliennialità ex art. 1899 c.c. atteso che nel corso di ogni Annualità di Polizza l'Assicurato ha facoltà di recedere dal contratto assicurativo senza oneri dando un preavviso di 60 giorni e con effetto alla scadenza dell'Annualità di Polizza in corso. **La comunicazione di recesso deve essere inviata nei termini previsti alla Compagnia e/o all'Intermediario a cui è assegnata la polizza per iscritto a mezzo lettera raccomandata. La Compagnia provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.**

La facoltà di recedere concessa all'Assicurato non prevale sugli eventuali obblighi a carico del Contraente/Assicurato derivanti dalla presenza di una clausola di vincolo richiesta dallo stesso Contraente/Assicurato

In caso di copertura poliennale la Compagnia conserva la facoltà di recedere dal contratto assicurativo in ogni Annualità di Polizza ai medesimi termini e condizioni riconosciuti all'Assicurato in forza dell'inapplicabilità dell'art. 1899 c.c.

Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'articolo 17 "Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento ricorrente e con indicazione dello sconto sulla scheda di polizza" e all'articolo 18 "Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento unico anticipato (indicazione sulla scheda di polizza "Soluzione Unica") e senza indicazione dello sconto sulla scheda di polizza (per inapplicabilità dell'articolo 1899 c.c.)" delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ovvero dal momento in cui, in sede di visita medica, si accerta la stabilizzazione dei postumi dell'evento dannoso.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie sono le seguenti:

- Infortuni	2,50%;
- Invalidità permanente da malattia	2,50%;
- Assistenza	10,00%.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA

La data di insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio o, per la garanzia Invalidità permanente da Malattia, quella della prima manifestazione della malattia che non necessariamente coincide con quella di denuncia del Sinistro.

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'assicuratore in caso di sinistro" si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento

in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o 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, secondo le modalità descritte nel Capitolo "In caso di Sinistro - Infortuni/Invalidità permanente da Malattia" delle Condizioni di Assicurazione.

La Denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa dell'evento, che colpisce la garanzia Infortuni e Invalidità permanente da Malattia e delle sue conseguenze.

AVVERTENZA:

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative, si rimanda al Capitolo "In caso di Sinistro: Infortuni/Invalidità permanente da Malattia" delle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di denuncia e di liquidazione, si riportano, a titolo puramente esemplificativo, le fasi principali di un processo liquidativo standard che potrebbero tuttavia subire delle modifiche a seconda dei diversi casi.

Processo liquidativo Garanzia Infortuni:

1. Denuncia dettagliata dell'infortunio alla Compagnia entro 5 giorni dall'evento (specificando a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, circostanze, dinamica, data e ora, luogo ed eventuali testimoni, etc.);
2. Invio certificato di guarigione clinica (mediamente dopo 6 mesi dalla data dell'infortunio);
3. Eventuale visita medica da parte della Compagnia per accertamento dei postumi permanenti;
4. Quantificazione dell'indennizzo.

Processo liquidativo Garanzia Invalidità permanente da Malattia:

1. Denuncia dettagliata della malattia alla Compagnia (incluso a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, diagnosi e/o cartella clinica, documentazione medica, certificazione medica, etc.);
2. Eventuale visita di accertamento dei postumi (tra il 6° e il 12° mese dalla data di denuncia, come da Condizioni di Assicurazione);
3. Quantificazione dell'Indennizzo.

In qualsiasi caso, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione.

13. Reclami

Eventuali Reclami possono essere presentati alla Compagnia o all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'at-

tribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'aveente diritto o dei sinistri. Compete alla Compagnia anche la gestione dei reclami relativi al comportamento degli Agenti (intermediari iscritti nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi) di cui l'impresa si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, incluso il comportamento dei dipendenti e collaboratori degli Agenti.

I Reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del Reclamante, denominazione della Compagnia, dell'Intermediario Assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal Reclamante. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo, così come previsto dalla normativa vigente.

I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

- **ZURICH INSURANCE plc**
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it
PEC: reclami@pec.zurich.it
- o tramite il sito internet della Compagnia www.zurich.it dove, nella sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.

- All'IVASS

Vanno indirizzati i Reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine previsto dalla vigente normativa.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esauriente descrizione del motivo della lamentela;

- copia del Reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine previsto dalla vigente normativa e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;

- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del Reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza (www.ivass.it) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia www.zurich.it. La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.V.A.S.S.

**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06.42133206**

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei Reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008 e s.m.i., che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi o all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- la mediazione civile, disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e s. m. i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;
- l'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
- la convenzione di negoziazione assistita, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una

parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Arbitrato

AVVERTENZA

Nel caso di controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del Sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla Polizza, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato salvo che le Parti non concordino, in alternativa, di scegliere la

città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.

Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

15. Accesso all'Area Clienti Riservata

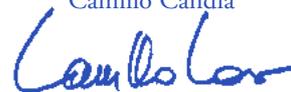
Sul sito www.zurich.it è disponibile l'Area Clienti Riservata dove il Contraente può consultare le proprie coperture assicurative in essere.

A garanzia di una consultazione sicura, è necessario richiedere le credenziali d'accesso tramite registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti Zurich sul sito www.zurich.it e seguire le istruzioni. In caso di problemi di accesso al proprio spazio riservato o di dubbi in merito alla consultazione, è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo: areaclienti@it.zurich.com.

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia - è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

ZURICH INSURANCE PLC
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

Il rappresentante legale
Camillo Candia



Glossario

Annualità di Polizza - in una copertura poliennale si intende il periodo di 12 mesi decorrenti dalla data di effetto della copertura (es. 12/3/2012 -12/03/2013).

Apparecchio di contenzione - Il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate, rigide o altri apparecchi ortopedici immobilizzanti applicabili e rimovibili esclusivamente dal proprio medico curante oppure da personale medico o paramedico presso strutture ospedaliere pubbliche o private.

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

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

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

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

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

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

Frattura ossea - La rottura di un osso, in genere conseguente ad 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);
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

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

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

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.

Inabilità temporanea - L'incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Invalità permanente - La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta, avendo come riferimento la Tabella di valutazione medico-legale prescelta dall'Assicurato ed indicata in Polizza.

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

Itinere (Rischio in) - Rischio occorso durante:

- il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro, **escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e delle parti condominiali;**
 - il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro, nel caso di rapporti di lavoro plurimi;
 - l'abituale percorso per la consumazione dei pasti qualora non esista una mensa aziendale;
- il tutto come disciplinato dall'articolo 12 del decreto legislativo 38/2000.

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

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

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

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

Prestazioni - Le assistenze prestate all'Assicurato dalla Struttura Organizzativa.

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 in 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.

Scoperto - La percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che, per ciascun Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

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

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

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

Struttura Organizzativa - La Struttura di Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A., Strada Trossi 66 – Verrone (BI), costituita da medici, tecnici,

operatori, che è in funzione 24 ore su 24, in tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione con la Compagnia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato e organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia, le prestazioni di assistenza previste dalle Condizioni di Assicurazione.

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

Tabella di valutazione medico-legale - La tabella finalizzata alla determinazione del grado di Invalidità permanente subito dall'Assicurato in seguito a Sinistro.

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

Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Articolo 2

Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 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.

In caso di durata poliennale, il contratto prevede due modalità alternative di pagamento:

- 1) Premio ricorrente secondo le scadenze e gli importi indicati sulla scheda di polizza;
- 2) "Soluzione Unica": il premio viene pagato dal Contraente per tutta la durata del contratto, anticipatamente, ed in un'unica soluzione.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

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

Articolo 4

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 prestata per la garanzia interessata o dall'intera Polizza con preavviso di 30 giorni fatta eccezione, qualora prestata, per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale il recesso per Sinistro non è esercitabile. Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Compagnia rimborsa la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso solo nel caso di esercizio del recesso da parte del Contraente che abbia acquistato la Poliz-

za in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005.

Articolo 5

Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

Articolo 6

Oneri fiscali

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

Articolo 7

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 8

Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 9

Validità territoriale

L'Assicurazione, ad eccezione della garanzia "Assistenza", vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei Sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

Articolo 10

Altre Assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla Compagnia di non corrispondere l'Indennizzo. Limitatamente al caso in cui la Polizza sia stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Articolo 11

Rinvio alle norme di legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Articolo 12

Diminuzione del Rischio

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

Articolo 13

Aggravamento del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia/Intermediario assicurativo di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, salvo quanto successivamente previsto al paragrafo "Attività diverse da quella dichiarata" del capitolo "In caso di Sinistro: Infortuni/Invalidità permanente da Malattia".

Articolo 14

Limiti di età

Sezione Infortuni

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno d'età.

Resta inteso che qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Sezione Invalidità permanente da Malattia

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 70° anno d'età.

Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 70° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento del 70° anno d'età.

Articolo 15

Adeguamento del Premio per età

I premi di tutte le garanzie incluse nella sezione Infortuni e nella sezione Malattia sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato.

In occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo Premio per ogni Assicurato si adegua applicando i coefficienti per età di cui all'Allegato 4).

Articolo 16

Adeguamento automatico – Indicizzazione (Operante solo se richiamato in Polizza)

Le somme assicurate, il Premio e gli eventuali limiti di Indennizzo di garanzia espressi in cifra assoluta sono collegati all'indice FOI - "Prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (senza tabacchi)" pubblicato dall'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica.

Il calcolo è effettuato secondo la seguente regola:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice FOI del mese di giu-

gno dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;

- l'aumento o la riduzione risultante decorre dalla scadenza annuale della Polizza.

L'indicizzazione si applica successivamente all'adeguamento del Premio per età di cui al precedente Articolo 15.

L'indicizzazione non si applica alla garanzia Assistenza.

Articolo 17

Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento ricorrente e con indicazione dello sconto sulla scheda di polizza

Qualora la durata del Contratto sia superiore a cinque anni l'Assicurato ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno 60 giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà (art. 1899 del Codice Civile). Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso.

Il recesso va notificato mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. La Compagnia provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.

Articolo 18

Recesso dalla polizza poliennale con modalità di pagamento unico anticipato (indicazione sulla scheda di polizza "Soluzione Unica") e senza indicazione dello sconto sulla scheda di polizza (per inapplicabilità dell'articolo 1899 c.c.)

La copertura assicurativa non gode dello sconto sulla poliennialità ex art. 1899 c.c. atteso che nel corso di ogni Annualità di Polizza l'Assicurato ha facoltà di recedere dal contratto assicurativo senza oneri dando un preavviso di 60 giorni e con effetto alla scadenza dell'Annualità di Polizza in corso. La comunicazione di recesso deve essere inviata nei termini previsti alla Compagnia e/o all'Intermediario a cui è assegnata la polizza per iscritto a mezzo lettera raccomandata. La Compagnia provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.

La facoltà di recedere concessa all'Assicurato non prevale sugli eventuali obblighi a carico del Contraente/Assicurato derivanti dalla presenza di una clausola di vincolo richiesta dallo stesso Contraente/Assicurato.

In caso di copertura poliennale la Compagnia conserva la facoltà di recedere dal contratto assicurativo in ogni Annualità di Polizza ai medesimi termini e condizioni riconosciuti all'Assicurato in forza dell'inapplicabilità dell'art. 1899 c.c.

Articolo 19

Cambio del fornitore dei servizi nell'ambito della garanzia "Assistenza - Infortuni"

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore la garanzia Assistenza – Infortuni con altro fornitore che sarà comunicato con le modalità previste all'art. 37 comma 2 - Reg. ISVAP n. 35/2010 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.

Articolo 20

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.

Sezione - Infortuni

Cosa assicuriamo

Sono assicurate le conseguenze degli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità, **salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni"**.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le punture di insetti in genere, **tranne quelle che causino malaria e malattie tropicali** (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)");
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti a termini delle Condizioni di Assicurazione;
- l'annegamento e l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)";
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

- avvenuti in stato di malore e/o incoscienza;
- conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria;
- conseguenti, a parziale deroga dell'art. 1912 codice civile, ad inondazioni, alluvioni, terremoto, maremoto ed eruzioni vulcaniche.

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.

Invalidità permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità permanente che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio stesso, la Compagnia liquida un Indennizzo proporzionale alla somma assicurata, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo e calcolato come da Tabella di indennizzo indicata in Polizza.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza. **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.**

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella Tabella di valutazione medico-legale.

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

Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità permanente accertata alla Tabella di indennizzo indicata in Polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.

Nel caso di Invalidità permanente "multilivello", ovvero la particolare forma assicurativa che consente di attribuire differenti somme ad altrettante Tabelle di indennizzo, l'importo complessivamente liquidato è pari alla somma degli Indennizzi calcolati per ciascun livello di Invalidità permanente con le regole che precedono.

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 al Capitolo "In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia" agli articoli "Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni" e "Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio".

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'articolo "Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio".

Morte

Se entro 2 anni dall'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifica il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati.

Morte presunta

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. **Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.**

Qualora successivamente al pagamento dell'Indennizzo si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di Assicurazione.

Inabilità temporanea

Se l'Infortunio ha per conseguenza l'Inabilità temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquida la diaria giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun Sinistro**, secondo le seguenti modalità:

- integralmente per ogni giorno di Inabilità temporanea totale in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni;
- al 50% per ogni giorno di Inabilità temporanea parziale in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni.

Si conviene che, previa detrazione della Franchigia fissa e assoluta espressa in giorni indicata in Polizza, i giorni complessivi di accertata e documentata Inabilità vengono considerati:

- nella misura del 60% come Inabilità temporanea totale;
- nella misura del 40% come Inabilità temporanea parziale.

Nei casi in cui sia accertato un grado di Invalidità permanente superiore al 15% o il Sinistro abbia comportato un Ricovero in una struttura ospedaliera pubblica o privata con almeno 2 pernottamenti, la Franchigia prevista per questa garanzia non è applicata.

La garanzia Inabilità temporanea non è operante per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.

Spese di cura

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

- medici, chirurghi, strutture ospedaliere pubbliche o private;
- accertamenti diagnostici;
- bagni, forni ed altre cure mediche indispensabili;
- trattamenti fisioterapici **con il massimo del 50% della somma assicurata indicata in Polizza.** Nei casi in cui sia accertato un grado di Invalidità permanente superiore al 15% o il Sinistro

abbia comportato un Ricovero in una struttura ospedaliera pubblica o privata pari ad almeno 15 giorni non si applicherà tale limitazione.

Sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

La somma assicurata indicata in Polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più Sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di Assicurazione. La garanzia è prestata previa detrazione della Franchigia indicata in Polizza.

Indennità Ricovero Ospedaliero

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia corrisponde:

Diaria per Ricovero

La diaria indicata in Polizza per ciascun giorno in cui l'Assicurato è ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata, **per la durata massima di 365 giorni.** Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono convenzionalmente considerati come un solo giorno.

Diaria post Ricovero

La diaria indicata in Polizza per un periodo forfettario pari al doppio della durata del Ricovero **con il massimo di 60 giorni per Sinistro.**

Diaria da Frattura ossea o da Apparecchio di contenzione

- Nel caso di applicazione di Apparecchio di contenzione non rimovibile dall'Assicurato e tendente all'immobilizzazione della parte, la Compagnia liquida la diaria indicata in Polizza **sino alla data di rimozione del mezzo con il massimo di 60 giorni per Sinistro.**
- Negli altri casi di Frattura ossea, senza applicazione di Apparecchio di contenzione, la Compagnia liquida la diaria indicata in Polizza per ogni giorno di Inabilità **con il massimo di 30 giorni per Sinistro. Limitatamente ai casi di fratture di bacino e/o vertebre tale limite s'intende elevato da 30 a 60 giorni.**

La diaria da Frattura ossea o da Apparecchio di contenzione non è cumulabile con la diaria per Ricovero e post Ricovero.

Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione se al momento della stipulazione della Polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da:

alcolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidei, si **precisa che qualora l'Assicurato sia colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in caso contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti, che di conseguenza verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.**

Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- 1 alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- 2 all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
- 3 a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;
- 4 alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- 5 alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'Assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- 6 a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- 7 all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
- 8 alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
- 9 all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 10 a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
- 11 a operazioni chirurgiche non rese necessarie da Infortunio;
- 12 a insurrezioni e fatti di guerra;
- 13 a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
- 14 a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 15 a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo

stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)" ai paragrafi "Ernie traumatiche" e "Rotture tendinee sottocutanee").

Altre garanzie (sempre operanti)

1. Morte contestuale

Qualora in un medesimo evento si verifichi la morte per Infortunio di entrambi i genitori assicurati con la presente Polizza, la Compagnia corrisponde ai figli minorenni o Invalidi civili, espressamente indicati in Polizza quali beneficiari, l'Indennizzo spettante per ciascun genitore aumentato del 100%.

In qualsiasi caso, l'Indennizzo complessivo per evento non può essere superiore a 1.600.000 euro.

2. Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

Qualora a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell'Assicurato, si verifichi il decesso dell'Assicurato stesso, la Compagnia corrisponde ai figli e/o al coniuge non legalmente separato, che risultino espressamente indicati quali beneficiari, la somma assicurata per il caso Morte aumentata del 50%.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al punto "Morte contestuale".

3. Menomazioni estetiche

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

4. Ernie traumatiche

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di Inabilità temporanea, ove prevista, **fino ad un massimo di 100 giorni;**
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di Invalidità permanente accertato, **con il limite massimo del 10% dell'Invalidità permanente totale se indennizzabile a termini della Tabella di liquidazione prestata;**
- in caso di contestazioni circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo "In caso di Sinistro - Infortuni/Invalidità permanente da Malattia".

5. Rotture Tendinee sottocutanee (valida solo in abbinamento alle Tabelle di indennizzo 1) - 2) - 3) e 4)

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;

- cuffia dei rotatori;
la Compagnia liquida il grado di Invalidità pari al 4% con il massimo di 6.000 euro, senza l'applicazione delle Franchigie eventualmente previste.

6. Malattie tropicali/malaria

La garanzia è estesa all'Invalidità permanente derivante dal contagio di malattie tropicali, diagnosticate dai medici curanti, fino alla concorrenza della somma assicurata e con un massimo Indennizzo di 200.000 euro. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Nessun Indennizzo ha luogo per Invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 15%; se invece essa risulta superiore al 15% si applica la Tabella di indennizzo indicata in Polizza.

L'operatività di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato, nel momento in cui si rechi all'estero, sia in perfette condizioni di salute e si sia sottoposto alle pratiche di profilassi prescritte dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

In caso di divergenza sulla diagnosi della Malattia la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo "In caso di Sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia".

7. Anticipo indennizzi

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la Compagnia liquida a titolo di acconto:

- per la garanzia Invalidità permanente un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'Indennizzo con il massimo di 30.000 euro. Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di Invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 25%;
- per la garanzia Inabilità temporanea l'indennità maturata corrispondente a 30 giorni di Inabilità temporanea, a condizione che siano trascorsi almeno 3 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che per tale periodo sia comprovato il continuativo stato di Inabilità totale.

L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del Sinistro.

L'anticipo di Indennizzo non costituisce impegno della Compagnia riguardo l'Indennizzo definitivo.

Condizioni particolari per singolo Assicurato (valide solo se espressamente richiamate in Polizza)

1. Limitazione delle garanzie ai soli rischi professionali

A parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Cosa assicuriamo", la garanzia è limitata ai soli Infortuni subiti dall'Assicurato nell'esercizio delle Attività professionali indicate in Polizza, compreso il Rischio in Itinere.

Rimane fermo quanto previsto nel capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

2. Limitazione delle garanzie ai soli rischi extraprofessionali

A parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Cosa assicuriamo", la garanzia è limitata ai soli Infortuni subiti dall'Assicurato 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. E' tuttavia compreso in garanzia il Rischio in Itinere.

Rimane fermo quanto previsto nel capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

3. Discipline sportive

Unicamente per le garanzie Morte ed Invalidità permanente, ove previste, l'Assicurazione è estesa all'esercizio delle seguenti discipline sportive, se svolte a carattere ricreativo: scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore.

Relativamente alla garanzia Invalidità permanente, non è corrisposto alcun Indennizzo qualora l'Invalidità permanente accertata sia inferiore al 10%. Qualora l'Invalidità permanente accertata sia uguale o superiore al 10%, l'Indennizzo è corrisposto sulla base della Tabella di indennizzo indicata in Polizza.

4. Supervalutazione arti superiori, visus e udito (valida solo se richiamata in abbinamento alla Tabella di valutazione INAIL e Tabella di Indennizzo 2) Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione)

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che comporti la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando le seguenti percentuali:

	tabella specifica	
	destra	sinistra
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%	50%
Perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
Perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	70%
Perdita totale, anatomica di una mano	100%	70%
Perdita totale, anatomica del pollice	100%	60%
Perdita totale, anatomica dell'indice	70%	60%
Perdita totale, anatomica del medio	50%	40%
Perdita totale, anatomica dell'anulare	25%	20%
Perdita totale, anatomica del mignolo	25%	20%
Perdita totale della falange ungueale del pollice	100%	60%
Perdita totale della falange ungueale dell'indice	70%	60%
Perdita totale della falange ungueale del medio	40%	30%
Perdita totale dell'udito bilaterale	70%	
Perdita totale dell'udito di un orecchio	20%	20%

In tutti gli altri casi non contemplati nel precedente elenco e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

5. Bonus Franchigia su Invalidità permanente (valida solo se richiamata in abbinamento alla Tabella di Indennizzo 1) Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia 3% e supervalutazione o Tabella di Indennizzo 2) Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione)

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora la Compagnia non abbia liquidato all'Assicurato Sinistri da Invalidità permanente negli anni precedenti, l'Assicurato stesso ha la facoltà di far valere il Bonus Franchigia, ovvero richiedere la liquidazione del primo Sinistro, per data di accadimento, indennizzabile ai sensi della garanzia Invalidità permanente secondo la seguente tabella:

	2 anni senza sinistri liquidati	4 anni senza sinistri liquidati
Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%	%
1	0	1
2	0,5	2
3	1,5	3
4	2,5	4
5	3,5	5
6	4,5	6
7	5,5	7
8	6,5	8
9	7,5	9
10	8,5	10
11	9,5	11
12	10,5	12
13	11,5	13
14	12,5	14
15	13,5	15
16	14,5	16
17	15,5	17
18	16,5	18
19	17,5	19
20	18,5	20

Per le percentuali di Invalidità permanente accertata superiori, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

Ai fini del Bonus Franchigia, sono conteggiati i periodi annui interi a partire dall'Annualità di Polizza successiva alla data di accadimento dell'ultimo Sinistro Invalidità permanente liquidato all'Assicurato.

Tale conteggio deve essere condotto sulla presente Polizza e sulle eventuali Polizze Zurich da essa sostituite a condizione che per l'Assicurato sia stata prestata la garanzia Invalidità permanente e che sia stata continuativamente operante la Condizione Particolare Bonus Franchigia.

6. Supervalutazione specifica per la professione di avvocato (valida solo se richiamata in abbinamento alla Tabella di valutazione INAIL e Tabella di Indennizzo 2) Invalidità Permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione).

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che comporti la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando le seguenti percentuali:

AVVOCATI	tabella specifica	
	destra	sinistra
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%	50%
Perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
Perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	70%
Perdita totale, anatomica di una mano	100%	70%
Perdita totale dell'udito bilaterale	100%	
Perdita totale dell'udito di un orecchio	20%	20%
Perdita totale della favella	100%	

In tutti gli altri casi non contemplati nel precedente elenco e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

Garanzia aggiuntiva (valida per tutti gli assicurati solo se espressamente richiamata in Polizza)

Garanzia spese extra

1. Perdita anno scolastico

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione che determini per lo studente assicurato la perdita dell'anno scolastico, la Compagnia riconosce una indennità aggiuntiva pari a 2.000 euro per Sinistro.

La presente estensione della garanzia di Invalidità permanente è riservata esclusivamente agli Assicurati iscritti a scuole primarie oppure secondarie di primo o di secondo grado ubicate nel Territorio italiano.

Per il riconoscimento dell'indennità è necessaria la certificazione, rilasciata dall'Autorità scolastica, attestante che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni o all'impossibilità di svolgere gli esami, in conseguenza diretta dell'Infortunio.

2. Degenza da Ricovero

Qualora in conseguenza di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato sia ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata, la Compagnia liquida una diaria per ogni giorno di degenza pari a 1/1.000 della somma assicurata per il caso di Invalidità

permanente con il massimo di 100 euro. La diaria è riconosciuta a partire dal terzo giorno successivo a quello del Ricovero e per la durata massima di 365 giorni.

L'indennità di cui sopra è corrisposta previa presentazione di una copia della cartella clinica, completa di dichiarazione della struttura ospedaliera pubblica o privata attestante la durata del Ricovero.

La presente indennità non è cumulabile con le garanzie Inabilità temporanea e/o Indennità Ricovero Ospedaliero.

3. Indennità aggiuntiva per estinzione del mutuo

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione che comporti la Morte o una Invalidità permanente superiore al 50% e l'abitazione di residenza sia assicurata con una polizza casa Zurich, la Compagnia liquida una indennità aggiuntiva pari alla sommatoria delle eventuali rate di mutuo residuo, in capo all'Assicurato, acceso sull'abitazione stessa. **L'indennizzo è riconosciuto fino alla concorrenza del 10% della somma assicurata per Morte o Invalidità permanente, con il massimo di 50.000 euro per Sinistro.**

L'indennizzo è corrisposto indipendentemente dall'effettiva estinzione del mutuo.

4. Superamento barriere architettoniche abitative

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione che comporti una Invalidità permanente superiore al 50%, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in Polizza, e l'abitazione dell'Assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la Compagnia rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'Assicurato.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per Invalidità permanente, con il massimo di 20.000 euro per Assicurato e per anno assicurativo.

5. Adeguamento autovettura

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione che comporti una Invalidità permanente superiore al 50%, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in Polizza, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento/personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la Compagnia rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute per tali adattamenti.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza di 5.000 euro per Assicurato e per anno assicurativo.

6. Ulteriori rimborsi

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia rimborsa, **sino ad un massimo di 3.000 euro per Sinistro e per Assicurato**, le spese documentate ed effettivamente sostenute per:

- trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'Infortunio alla struttura ospedaliera di pronto soccorso pubblica o privata;
- rimpatrio dell'Assicurato se l'Infortunio è avvenuto all'estero;
- azioni di salvataggio o di ricerca dell'Assicurato;
- trasporto della salma dell'Assicurato a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza.

Sezione - Invalidità permanente da Malattia

Cosa assicuriamo

E' assicurata l'Invalidità permanente conseguente a Malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della Polizza e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da Malattia

Il grado di Invalidità permanente da Malattia è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della Malattia, sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione indicata in Polizza.

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.

Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità permanente da Malattia accertato alla Tabella di indennizzo indicata in Polizza.

La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata.

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 al Capitolo "In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia" agli articoli "Criteri di indennizzabilità per la garanzia Invalidità permanente da Malattia" e "Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia".

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'articolo "Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia".

Delimitazioni ed Esclusioni

Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per le Invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

1. Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;

2. A.I.D.S.;
3. malattie tropicali;
4. intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
6. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
7. contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
8. malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della Polizza, non dichiarati con dolo o colpa grave sul Questionario anamnestico che è parte integrante della presente Polizza.

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.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza Zurich con garanzia Invalidità permanente da Malattia riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano:

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

In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia

Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato. **Qualora l'Infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a 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.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio

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.

Criteri di indennizzabilità per la garanzia Invalidità permanente da Malattia

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 organofunzionali 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.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia

La denuncia deve essere fatta ogni qualvolta, **secondo parere medico, ci siano le motivazioni per ritenere che la malattia possa comportare un Invalidità permanente** di qualsiasi tipo anche inferiore alla franchigia.

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.

Controversie - arbitrato irrituale

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

Il Collegio medico risiede nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

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

Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata all'articolo "Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio" e "Obblighi dell'Assicurato in caso di Malattia", espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulta dovuto, 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.

Attività diverse da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'Attività professionale dichiarata in Polizza, l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione all'Intermediario a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia.

Se l'Infortunio si verifica nello svolgimento di una attività

diversa da quella dichiarata in Polizza:

- l'Indennizzo è corrisposto integralmente, se la diversa attività non aggrava il Rischio;
- l'Indennizzo è corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella sotto riportata, se la diversa attività aggrava il Rischio.

	classe professionale	attività professionale dichiarata			
		1	2	3	4
Attività professionale svolta al momento del sinistro	1	100	100	100	100
	2	85	100	100	100
	3	70	85	100	100
	4	55	70	85	100

Per la valutazione del livello di Rischio delle attività professionali, si fa riferimento alla Classificazione riportata nell'allegato 3) - Classificazione delle attività professionali, al presente Fascicolo Informativo.

In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione se fosse stata a conoscenza del cambiamento di Attività professionale, non sarà corrisposto alcun Indennizzo qualora l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'Infortunio rientri nel seguente elenco:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
- militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfingura, circense.

La presente norma non si applica qualora sia operante la Condizione particolare 2 - "Limitazione delle garanzie ai soli rischi extraprofessionali"

Rinuncia al diritto di rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato, o degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da questa erogate in virtù del presente contratto.

Prescrizione

I termini di prescrizione decorrono dal momento in cui, in sede di visita medica, si accerta la stabilizzazione dei postumi dell'evento dannoso.

Sezione - Assistenza Infortuni

Cosa Assicuriamo

FORMA BASE

1. Consulenza medica

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una

consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Invio di un medico generico in casi d'urgenza

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato, in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare a spese della Compagnia uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa predispone, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invia direttamente un'autoambulanza, tenendo la Compagnia a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

4. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la cura dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario (limitatamente ai Paesi dell'Unione Europea);
 - 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.

Non danno luogo alla Prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

In conseguenza della prestazione di cui al precedente punto 4), quando l'Assicurato è dimesso dal centro ospedaliero, la Struttura Organizzativa provvede all'organizzazione del suo ritorno a casa con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono 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 ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

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

6. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di Infortunio occorso in viaggio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in una struttura ospedaliera pubblica o privata attrezzata in Territorio italiano o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvede ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio)

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizza l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi dell'Unione Europea. La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Compagnia, ha il diritto di richiedere all'Assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla Prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

7. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio, ed a seguito di Infortunio, debba rientrare immediatamente alla propria abitazione, la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato stesso un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata, tenendo la Compagnia a proprio cari-

co le relative spese, **fino ad un massimo complessivo di 200 euro per Sinistro.**

Nei casi in cui l'Assicurato, per rientrare più rapidamente, debba abbandonare un veicolo in loco, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un ulteriore biglietto per recuperare successivamente il veicolo stesso, tenendo la Compagnia a proprio carico la relativa spesa.

8. Viaggio di un familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio occorso in viaggio, necessiti di un Ricovero in struttura ospedaliera pubblica o privata per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Territorio italiano un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese.

9. Rimpatrio salma

Qualora, a seguito di Infortunio, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa predispone ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Territorio Italiano tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 5.000 euro per Sinistro.** Qualora il trasporto comporti un esborso maggiore del massimale assicurato la Struttura Organizzativa non attiva la Prestazione fino a quando non abbia ricevuto adeguate garanzie bancarie o di altri tipo per la quota dei costi non compresi nel massimale suddetto. Sono in ogni caso escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

10. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato sia stato ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata ed al suo ritorno a casa necessiti di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa invia direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone in carico la Compagnia l'onorario **fino ad un massimo di 200 euro complessivi per Sinistro.**

11. Invio Collaboratrice familiare

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato sia stato ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata per un periodo superiore a 5 giorni e sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Compagnia a carico il relativo costo **fino ad un massimo di 200 euro per Sinistro.**

12. Consegna spesa al domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a Ricovero in Istituto di cura superiore a 5 giorni per Infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-Ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Compagnia a proprio carico il compenso convenzionale di 2 ore ad intervento e **per un massimo di tre invii per ogni periodo post-Ricovero.**

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

13. Rientro con un familiare

Qualora, a seguito di Infortunio, si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa predispone anche il viaggio di un familiare già presente sul posto, in qualità di accompagnatore, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. Il relativo costo è carico della Compagnia che ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicurato il biglietto aereo, ferroviario o gli altri documenti di viaggio se già acquistati.

14. Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato in viaggio, accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a seguito di Infortunio, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un familiare convivente, residente nel Territorio italiano, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza nel Territorio italiano.

Il relativo costo è a carico della Compagnia con l'esclusione delle eventuali spese di soggiorno del familiare.

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

15. Anticipo spese mediche

(Prestazione valida solo al di fuori del Territorio italiano)

Qualora, a seguito di Infortunio avvenuto durante un viaggio all'estero, l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile corrisponderle direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa anticipa, per conto dell'Assicurato, le fatture **fino ad un importo massimo di 5.000 euro per Sinistro**.

La Prestazione non è operante:

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

Al rientro l'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'Assicurato è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente.

16. Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio ed a seguito di Infortunio, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, ed eventualmente i passeggeri, fino alla città di residenza dell'Assicurato

stesso, secondo l'itinerario più breve. La Compagnia tiene a proprio carico l'onorario dell'autista **fino ad un massimale di 500 euro**, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traaghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientri senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo, l'assicurazione e se si trova all'estero, la Carta Verde.

17. Prolungamento del soggiorno

Qualora, a seguito di Infortunio comprovato da certificazione medica scritta, l'Assicurato non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Territorio italiano alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizza il prolungamento del suo soggiorno in albergo (limitatamente al pernottamento e alla prima colazione), tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di 60 euro al giorno**.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

18. Interprete a disposizione

(Prestazione valida solo al di fuori del Territorio italiano)

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti dell'intervento di un interprete, la Struttura Organizzativa provvede ad inviarlo tenendone a proprio carico l'onorario **fino ad un massimo di 8 ore lavorative**.

FORMA TOP

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

1. Assistenza psicologica telefonica

Qualora, in caso di Infortunio, l'Assicurato necessiti un supporto psicologico, può contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante, i medici psicologi della Struttura Organizzativa.

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

2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

2.1. Ospedalizzazione domiciliare

Qualora a seguito di Infortunio si renda necessario il Ricovero dell'Assicurato per la durata di almeno 5 giorni, se con intervento chirurgico, o di almeno 8 giorni, se senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa predispone e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del Ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 15 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, sono definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti

dell'Assicurato. La **Struttura Organizzativa** deve essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.

I costi sono a carico della Compagnia.

2.2. Servizi Sanitari

Qualora a seguito di Infortunio si renda necessario il Ricovero dell'Assicurato per la durata di almeno 5 cinque giorni, se con intervento chirurgico, o di almeno 8 otto giorni, se senza intervento chirurgico, e l'Assicurato necessita di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la **Struttura Organizzativa**, accertata la necessità della prestazione, provvede ad organizzare il servizio **fino ad un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dalla Struttura Ospedaliera pubblica o privata.**

2.3. Servizi non Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio che abbia comportato un ricovero di almeno 5 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 8 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la **Struttura Organizzativa**, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, **fino ad un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dalla Struttura Ospedaliera pubblica o privata.**

Delimitazioni ed esclusioni

Delimitazioni

In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio italiano superiore a 90 giorni la garanzia si intende sospesa.

Esclusioni

Sono escluse le Prestazioni dovute o conseguenti a:

- a) 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;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) 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 professionale;
- f) Malattie mentali e malattie nervose;
- g) Malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;

- h) ogni patologia preesistente;
- i) Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- j) l'espianto e/o il trapianto di organi.

Effetti giuridici delle Prestazioni

- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.
- Le Prestazioni non sono fornite in quei paesi che si troverebbero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- Il diritto alle Prestazioni decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la **Struttura Organizzativa** al verificarsi del Sinistro.
- La **Struttura Organizzativa** non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di Sinistro

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla **Struttura Organizzativa** in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde: 800-181515 oppure al numero: + 39 015-255.9790 oppure può scrivere a:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.,
Strada Trossi 66
13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di Polizza preceduto dalla sigla ZUIN (per la garanzia base) ZUIT (per la garanzia Top)
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la **Struttura Organizzativa** provvederà a richiamarlo 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; in ogni caso è necessario inviare alla **Struttura Organizzativa** gli ORIGINALI (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla **Struttura Organizzativa** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Allegato 1)

Tabelle di valutazione medico-legale

Tabelle di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione Zurich		Tabella di valutazione Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	10		15	
Sordità completa bilaterale	40		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	28		40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	4		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria con possibilità di applicazione di protesi efficace	7		11	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria senza possibilità di applicazione di protesi efficace	20		30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	15		25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	8		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità				
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	25	20	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	20	16	40	30
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale	70	60	85	75
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore	65	55	80	70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	60	50	75	65
Perdita dell'avambraccio destro al terzo medio o perdita della mano	60	50	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	60	50	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	30	25	35	30
Perdita totale del pollice	18	16	28	23
Perdita totale dell'indice	14	12	15	13
Perdita totale del medio	8	6	12	
Perdita totale dell'anulare	8	6	8	
Perdita totale del mignolo	12	10	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	9	8	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	1/3 del dito		7	6
Perdita della falange ungueale del medio	1/3 del dito		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	1/3 del dito		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	1/3 del dito		5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	2/3 del dito		11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	2/3 del dito		8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	2/3 del dito		6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	2/3 del dito		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in semipronazione	25	20	30	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in pronazione	30	25	35	30

Tabelle di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione Zurich		Tabella di valutazione Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in supinazione	35	30	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	20	15	25	20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	40	35	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in semipronazione	30	25	40	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in pronazione	35	30	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in supinazione	45	40	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	12	10	18	15
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in semipronazione	15	12	22	18
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in pronazione	20	15	25	22
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in supinazione	25	20	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	35		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di un apparecchio di protesi	70		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70		70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	50		65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	50		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	40		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	25		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	10		16	
Perdita totale del solo alluce	5		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	2		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	25		35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	10		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	7		11	
Perdita della voce	25		35	

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

Allegato 2)

Tabelle di indennizzo riferite alle Condizioni Particolari selezionate e indicate in Polizza

Tabella Indennizzo 1 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% e supervalutazione

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	1	29	29	54	78	79	137
5	2	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	8	36	42	61	92	86	158
12	9	37	44	62	94	87	161
13	10	38	46	63	96	88	164
14	11	39	48	64	98	89	167
15	12	40	50	65	100	90	170
16	13	41	52	66	102	91	173
17	14	42	54	67	104	92	176
18	15	43	56	68	106	93	179
19	16	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Franchigia attività sportive

Qualora l'assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'Invalidità permanente è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - Invalidità Permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione.

Tabella Indennizzo 2 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% senza supervalutazione

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Franchigia attività sportive

Qualora l'assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'Invalidità permanente è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - Invalidità Permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione.

Tabella Indennizzo 3 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% e supervalutazione

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	0	29	29	54	78	79	137
5	0	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	8	36	42	61	92	86	158
12	9	37	44	62	94	87	161
13	10	38	46	63	96	88	164
14	11	39	48	64	98	89	167
15	12	40	50	65	100	90	170
16	13	41	52	66	102	91	173
17	14	42	54	67	104	92	176
18	15	43	56	68	106	93	179
19	16	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Franchigia attività sportive

Qualora l'assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'Invalidità permanente è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - Invalidità Permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione.

Tabella Indennizzo 4 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% senza supervalutazione

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Tabella Indennizzo 5 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 10%

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Tabella Indennizzo 6 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 20%

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Tabella Indennizzo 7 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 50%

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Tabella Indennizzo 8 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 22%

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Tabella Indennizzo 9 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 50%

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

Il grado di Invalidità permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale indicata in Polizza.

Allegato 3)

Classificazione delle attività professionali

Se un Assicurato ha più occupazioni, è adottato il tasso della classe professionale di Rischio più elevata come da successivo elenco e ciò ai fini dell'applicazione degli Artt. 1 "Dichiarazione relative alle circostanze del Rischio" e 13 "Aggravamento del Rischio" delle Condizioni Generali.

Classe professionale 1^a

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

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

Classe professionale 3ª

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

Classe professionale 4ª

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

Allegato 4)

Coefficienti adeguamento del premio per età dell'Assicurato (garanzie Infortuni e Malattia)

Infortuni

Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente	Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente
0	=	50	1,00000
1	1,00000	51	1,01000
2	1,00000	52	1,00990
3	1,00000	53	1,00980
4	1,00000	54	1,00971
5	1,00000	55	1,00962
6	1,00000	56	1,00952
7	1,00000	57	1,00943
8	1,00000	58	1,00935
9	1,00000	59	1,01852
10	1,00000	60	1,01818
11	1,00000	61	1,00893
12	1,00000	62	1,01770
13	1,00000	63	1,01739
14	1,00000	64	1,01709
15	1,00000	65	1,01681
16	1,00000	66	1,01653
17	1,00000	67	1,01626
18	1,00000	68	1,01600
19	1,00000	69	1,01575
20	1,00000	70	1,00775
21	1,00000	71	1,02308
22	1,00000	72	1,02256
23	1,00000	73	1,02206
24	1,00000	74	1,02158
25	1,00000	75	1,02113
26	1,00000	76	1,02069
27	1,00000	77	1,02027
28	1,00000	78	1,01987
29	1,00000	79	1,01948
30	1,00000	80	1,01911
31	1,00000	81	1,01875
32	1,00000	82	1,01840
33	1,00000	83	1,01807
34	1,00000	84	1,01775
35	1,00000	85	1,01744
36	1,00000	86	1,01714
37	1,00000	87	1,01685
38	1,00000	88	1,01657
39	1,00000	89	1,01630
40	1,00000	90	1,01604
41	1,00000	91	1,01579
42	1,00000	92	1,01554
43	1,00000	93	1,01531
44	1,00000	94	1,01508
45	1,00000	95	1,01485
46	1,00000	96	1,01463
47	1,00000	97	1,01442
48	1,00000	98	1,01422
49	1,00000	99	1,01402

Malattia

Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente	Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente
0	=	50	1,04190
1	1,00000	51	1,04021
2	1,00000	52	1,03866
3	1,00000	53	1,03722
4	1,00000	54	1,05000
5	1,00000	55	1,05000
6	1,00000	56	1,05000
7	1,00000	57	1,05000
8	1,00000	58	1,05000
9	1,00000	59	1,02000
10	1,00000	60	1,02000
11	1,00000	61	1,02000
12	1,00000	62	1,02000
13	1,00000	63	1,02000
14	1,00000	64	1,02000
15	1,00000	65	1,02000
16	1,00000	66	1,02000
17	1,00000	67	1,02000
18	1,00000	68	1,02000
19	1,00000	69	1,02000
20	1,00000	70	1,02000
21	1,00000	71	=
22	1,00000	72	=
23	1,00000	73	=
24	1,00000	74	=
25	1,00000	75	=
26	1,00000	76	=
27	1,00000	77	=
28	1,00000	78	=
29	1,00000	79	=
30	1,00000	80	=
31	1,04380	81	=
32	1,04196	82	=
33	1,04027	83	=
34	1,12710	84	=
35	1,11277	85	=
36	1,10134	86	=
37	1,09201	87	=
38	1,08426	88	=
39	1,07771	89	=
40	1,07211	90	=
41	1,06726	91	=
42	1,06302	92	=
43	1,05928	93	=
44	1,05597	94	=
45	1,05300	95	=
46	1,05033	96	=
47	1,04792	97	=
48	1,04573	98	=
49	1,04373	99	=

Allegato 5)

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso (49 e seguenti; Cod. Proc. Civ. 726).

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

1. Se l'Assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.
2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della Polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.
3. All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.
4. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicurato non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
2. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
4. Se l'Assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

1. Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
2. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del Rischio

1. Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del Rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un Premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor Premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del Rischio

1. Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.
2. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio.
3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.
4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
5. Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del Premio

1. Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraen-

te paga quanto è da lui dovuto.

2. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
3. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

1. Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
2. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
3. Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
4. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Gentile cliente,

abbiamo predisposto questo modulo per semplificare le operazioni in caso di Sinistro e rendere più veloce la liquidazione del danno.

La invitiamo a compilare il modulo con attenzione e di inoltrarlo, personalmente o via fax, al suo Intermediario assicurativo **entro 5 giorni**.

Da inoltrare via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la Polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ N° POLIZZA _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'Infortunio):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, Assicurato della Polizza in oggetto, in merito all'Infortunio avvenuto in data _____
luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

Pronto soccorso: SI se sì, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria

NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:

non esistono a mio nome altre polizze Infortuni;

esistono altre polizze Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____



Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

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

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

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

03.2018 - P9133

