

Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio ed Invalidità Permanente da Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia



ZURICH®

Zurich Tutti Protetti Aziende

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 - Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

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

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



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

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

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

- ! per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto correlabile a condizioni patologiche preesistenti;
- ! intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione "infortuni" vale in tutto il mondo con l'intesa che gli accertamenti del grado di invalidità permanente nonché la liquidazione dei relativi sinistri saranno fatti in Italia e in valuta italiana.
- ✓ L'assicurazione "invalidità permanente da malattia" vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto l'assicurato /contraente deve fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e, nel corso del contratto, deve comunicare immediatamente a Zurich o all'intermediario assicurativo i cambiamenti che comportano un aggravamento (ad esempio se la persona assicurata ha cambiato professione) o una diminuzione del rischio assicurato (ad esempio diminuzione delle somme assicurate) mediante raccomandata.

In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte, volontariamente omesse, o di mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio, Zurich potrà interrompere la copertura assicurativa o rifiutare di dar luogo totalmente o parzialmente alle prestazioni previste nel contratto.

- Il contraente/assicurato deve comunicare immediatamente a Zurich l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio e, in caso di sinistro, devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del codice civile. **L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo.**
- Il contraente ha l'obbligo di consegnare a ciascun assicurato al momento dell'inclusione di ogni persona nella garanzia prestata dal presente contratto, le condizioni di assicurazione che regolano la copertura.



Quando e come devo pagare?

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

Il premio, che comprende anche le imposte, deve essere pagato alla sottoscrizione del contratto ed è interamente dovuto per tutta la durata dello stesso. È tuttavia possibile chiedere un frazionamento semestrale senza oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione comincia dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti comincia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. L'assicurazione ha periodicità annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza per il periodo di un anno e così successivamente, salvo disdetta da inviarsi secondo le modalità indicate nella sezione che segue.

In caso di mancato pagamento dei premi e passati 30 giorni, Zurich sospenderà la copertura assicurativa fino a quando non verranno regolarizzati i pagamenti, la copertura assicurativa riprenderà dalle ore 24 del giorno di pagamento.



Come posso disdire la polizza?

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

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

Zurich Tutti Protetti Aziende

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

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa

- A. Informazioni sull'impresa di assicurazione
- B. Informazioni sul contratto
- C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Sezione 1 Infortuni

Garanzie

Garanzie aggiuntive (sempre operanti)

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

In caso di Sinistro

Condizioni particolari Aziende

Sezione 2 Invalidità Permanente da Malattia

Nota Informativa

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

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

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

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

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

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

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

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

B. Informazioni sul contratto

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA:

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

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'Articolo 7 delle Condizioni Generali d'Assicurazione "Proroga dell'Assicurazione e periodo d'assicurazione".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Indennizzo in caso di Morte da Infortunio;
- Indennizzo in caso di Invalidità Permanente da Infortunio;
- Indennizzo in caso di Invalidità Permanente da Malattia tropicale;
- Rimborso Spese di cura a seguito di Infortunio ;
- Diaria giornaliera in caso di ricovero per Infortunio;
- Diaria giornaliera in caso di Inabilità Temporanea per Infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle corrispondenti Sezioni delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni Generali di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo come disciplinato all'interno di ogni singola sezione e precisamente ai paragrafi:

Condizioni Generali:

- Articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio";
- Articolo 2 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia";
- Articolo 4 "Aggravamento del rischio";
- Articolo 12 "Altre assicurazioni".

Sezione 1 Infortuni

- Articolo 14 "Oggetto dell'Assicurazione";
- Articolo 15 "Caso Morte";
- Articolo 16 "Caso Invalidità Permanente";
- Articolo 17 "Spese di cura";
- Articolo 18 "Diaria da ricovero";
- Articolo 19 "Inabilità Temporanea";
- Articolo 20 "Massimo catastrofale";
- Articolo 21 "Ernie traumatiche";
- Articolo 22 "Rottura sottocutanea dei tendini";
- Articolo 23 "Ulteriori rimborsi";

- Articolo 24 “Malattie tropicali – Malaria”;
- Articolo 25 “Rischio guerra”;
- Articolo 26 “Menomazioni estetiche”;
- Articolo 29 “Assicurazione in base all’ammontare delle retribuzioni”;
- Articolo 31 “Esclusioni”;
- Articolo 32 “Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie”;
- Articolo 33 “Limiti di età – Cessazione delle garanzie”;
- Articolo 34 “Obblighi in caso di Sinistro”;
- Articolo 35 “Criteri di indennizzabilità”.

Condizioni particolari Aziende

- Punto A “Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali” (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza);
- Punto B “Limitazione della garanzia ai soli rischi extraprofessionali” (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza);
- Punto C “Condizioni speciali per Dirigenti “(sempre operanti);
- Punto D “Consigli di Amministrazione - rischio della carica (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza);
- Punto E “Dipendenti in trasferta” (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza);
- Punto F “Rischio volo”(valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza);
- Punto G “Recovery Hope” (garanzia sempre operante).

Sezione 2 Assicurazione complementare Invalidità Permanente Malattia

- Articolo 1 “Oggetto dell’assicurazione”;
- Articolo 2 “Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa”;
- Articolo 4 “Esclusioni”;
- Articolo 5 “Limiti di età – Cessazione delle garanzie”;
- Articolo 6 “Denuncia dell’Invalidità e obblighi relativi”;
- Articolo 7 “Criteri di indennizzabilità”;
- Articolo 11 “Regolazione del premio”;
- Articolo 12 “Persone non residenti nel Territorio Italiano - Cessazione delle garanzie”.

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

AVVERTENZA:

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

Condizioni Generali

- Articolo 2 “Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa”;

Sezione 1 Infortuni

- Articolo 29 “Regolazione Premio”;
- Articolo 29.A “Assicurazione in base all’ammontare delle retribuzioni”;
- Articolo 29.B “Assicurazione in base alle persone indicate per nominativo”;
- Articolo 29.C “Assicurazione in forma anonima a capitali fissi”;
- Articolo 29.D “Assicurazione in base alle giornate/presenze”.

Sezione 2 Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

- Articolo 2 “Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa.

AVVERTENZA:

L' Articolo 33 "Limiti di età – Cessazione delle garanzie" della Sezione 1 Infortuni prevede il limite di 80 anni quale età massima assicurabile;

L'Articolo 5 "Limiti di età – Cessazione delle garanzie" della Sezione 2 Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia prevede il limite di 70 anni quale età massima assicurabile.

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

AVVERTENZA:

Gli Articoli 32 "Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie" della Sezione 1 Infortuni " e 4 "Esclusioni" della Sezione 2 "Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia" prevedono la non assicurabilità di persone affette da determinate patologie.

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

AVVERTENZA:

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

Le prestazioni offerte alla Sezione 1 Infortuni sono assoggettate a regime di Franchigia di cui agli Articolo 16, "Caso Invalidità Permanente, Articolo 21 "Ernie traumatiche, Articolo 22 "Rottura sottocutanea dei tendini" Articolo 24 "Malattie tropicali – Malaria"

Le prestazioni offerte alla Sezione 2 Invalidità permanente da malattia sono assoggettate a regime di franchigia di cui all'Articolo 3.

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

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento d'applicazione di scoperti e franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche

Sezione 1 Infortuni

Esempio 1:

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

Esempio 2:

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

Esempio 3:

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

Sezione 2 Invalidità permanente da malattia:

Esempio 4:

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente da Malattia	100.000,00 euro
Grado di Invalidità Permanente riconosciuta	27%
Tabella di corrispondenza tra grado di Invalidità accertata e percentuale da liquidare 27% = 4%	
Indennizzo:	4.000,00 euro

AVVERTENZA:

L'Art. 21 "Ernie traumatiche" della Sezione Infortuni e l'Art. 2 "Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa" della Sezione 2 Assicurazione Invalidità Permanente Malattia prevedono dei periodi di carenza.

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

4. Dichiarazione dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio – Nullità**AVVERTENZA:**

L'Art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" prevede che Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice Civile.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione**AVVERTENZA:**

L'Art 4 delle Condizioni di Assicurazione "Aggravamento del rischio" prevede l'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio mediante raccomandata con ricevuta di ritorno. In tal caso, la Compagnia ha il diritto di recedere, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile "Aggravamento del rischio" dal contratto, oppure di proporre differenti condizioni di assunzione del rischio. La mancata comunicazione alla Compagnia degli aggravamenti di Rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

L'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione "Diminuzione del rischio" prevede che nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio successivo alla comunicazione dell'Assicurato/Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile "Diminuzione del rischio" e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Essendo la Polizza principalmente rivolta a categorie di lavoratori dipendenti è possibile che una modifica del regime produttivo dell'azienda possa comportare differenti modalità lavorative, più o meno rischiose che possano incidere sul rischio Assicurato e conseguentemente sul Premio di Polizza.

6. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio con possibilità per il Contraente di frazionamento semestrale, senza oneri aggiuntivi.

Modalità di pagamento del premio

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

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

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

AVVERTENZA:

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

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno

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

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede l'adeguamento delle somme assicurate e il Premio non è indicizzato. Per i meccanismi di regolazione del Premio, si rinvia all'Art. 29 lettere A, B, C, D della Sezione 1 Infortuni.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

L'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione "Recesso in caso di Sinistro" prevede che **dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente e/o la Compagnia possono recedere dall'Assicurazione, con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. Qualora il Contraente abbia acquistato la Polizza in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, la Compagnia rimborsa, entro i 15 giorni successivi alla data di efficacia del recesso, la parte di Premio imponibile relativa al Periodo di assicurazione non goduto.**

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto d'assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto alla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie previste dalla presente Polizza sono pari al 2,50% e sono a carico del Contraente.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:

La data di insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio. Per la garanzia Indennizzo in caso di morte da Infortunio è la data del decesso; per la garanzia Rimborso spese da ricovero a seguito d'Infortunio è la data del Ricovero.

L'Art. 34 "Obblighi in caso di Sinistro" prevede che **la denuncia dell'Infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Compagnia o all'Intermediario Assicurativo al quale è assegnata la Polizza, entro cinque giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre due anni dalla data di cessazione della Polizza.**

Sempre lo stesso articolo, al comma 3, prevede che **l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, dove richiesta, della copia della cartella clinica. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.**

L'Art. 37 "Pagamento dell'indennizzo" regola le modalità necessarie per la liquidazione del danno e prevedono che **ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'Indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, come previsto dall'Art. 36 "Controversie", provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.**

L'Art. 6 "Denuncia dell'Invalidità e obblighi relativi" per la Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia prevede che **L'Assicurato deve sottoporsi in Italia, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.**

L'Art. 9 "Pagamento dell'Indennizzo" per l' Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia, regolano le modalità necessarie per la liquidazione del danno e prevedono che **ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'Indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, come previsto dall'Art. 8 "Controversie", provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto dei Medici.**

L'Art. 3 "Liquidazione dell'Indennizzo" per l'Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia prevede che **il grado di Invalidità Permanente venga accertato in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia della Malattia.**

13. Reclami

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

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i Reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri.

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

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal Reclamante.

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

• ZURICH INSURANCE plc

Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it
Sito internet:
<http://www.zurich.it/services/segnalazioni-e-reclami.htm>

• o tramite il sito internet della Compagnia www.zurich.it dove, nell'apposita sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.

- All'IVASS

Vanno indirizzati i Reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di Assicurazione e di Riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed 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 di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

I.V.A.S.S.

**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06/421.33.745/353**

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

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

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

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

L'Art. 36 "Controversie" prevede l'apertura della procedura di arbitrato: **In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, ovvero sulla natura e origine della Malattia, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici risiede presso nella città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.**

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

AVVERTENZA:

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

15. Accesso all'Area Clienti Riservata

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

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

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

ZURICH INSURANCE PLC
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
Il rappresentante legale
Camillo Candia



Glossario

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sono equiparati a Infortunio anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- c) le morsicature e le punture animali, esclusa la malaria e le malattie tropicali, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti a infortuni garantiti a termini di polizza;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, (salvo quanto previsto alla Sezione Garanzie Aggiuntive);
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;

- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti a imperizia, imprudenza o negligenza o dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria;
- m) le conseguenze indirette di avvenimenti quali arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto tali da causare, per le condizioni climatiche o per la perdita dell'orientamento, la morte dell'Assicurato o lesioni permanenti gravi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

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

Condizioni generali

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Articolo 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice Civile. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è **interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei premi.**

Articolo 3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Articolo 4 - Aggravamento del rischio

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

Articolo 5 - Diminuzione del rischio

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

Articolo 6 - Recesso in caso di Sinistro

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

Articolo 7 - Proroga dell'Assicurazione e periodo di assicurazione

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

Articolo 8 - Obblighi del Contraente nei confronti degli Assicurati

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

Articolo 9 - Oneri fiscali

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

Articolo 10 - Foro competente

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

Articolo 11 - Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge

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

Articolo 12 - Altre assicurazioni

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

Articolo 13 - Rinvio alle norme di Legge

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

Sezione 1 Infortuni

Cosa e come assicuriamo

Articolo 14 - Oggetto dell'assicurazione

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

- a) nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata; tuttavia, in caso di Infortunio conseguente all'esercizio di attività professionali diverse da quelle dichiarate all'atto di stipulazione della Polizza e che comportino un Aggravamento del rischio (Art. 4), la Compagnia riconosce il 70% dell'indennizzo, a condizione che l'Assicurato o i Beneficiari dimostrino che tali attività non erano svolte all'atto della stipulazione della polizza o dei suoi successivi rinnovi;
- b) nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui l'Assicurato si dedichi abitualmente;
- c) nella guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- d) nell'uso come passeggero, esclusi i mezzi subacquei, di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto sia pubblico che privato, compresi i viaggi aerei ed elicotteri di linee aeree autorizzate al servizio pubblico, i voli charter o straordinari gestiti da linee aeree autorizzate al servizio pubblico e i voli su aeromobili militari in regolare supporto al traffico civile nonché i voli su velivoli appartenenti a privati purché condotti da piloti professionisti e con esclusione delle transvolate oceaniche;
- e) in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, a lavori di ordinaria manutenzione, a hobby, al giardinaggio e all'orticoltura;
- f) nell'esercizio di giochi o attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'Art. 31) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, raduni motociclistici e cicloturistici, o a regate veliche;
- g) nell'esercizio di attività sportive e relativi allenamenti a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative federazioni, che non comportino l'impiego di veicolo o natanti a motore.

Garanzie

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

Articolo 15 - Caso Morte

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

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

Articolo 16 - Caso Invalidità Permanente

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

a) determina il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ("Tabella INAIL") e successive modifiche;

b) **liquida** un Indennizzo in percentuale sulla somma assicurata come segue:

- **fino a 1.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 3% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 10%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.**
- **oltre 1.000.000,00 euro e fino a 2.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 10% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 10% ma inferiore al 25%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 10%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 25%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.**
- **nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.**
- **Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, , sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente.**

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

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

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

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

Articolo 17 - Spese di cura

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

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

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

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

Articolo 18 - Diaria da ricovero

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

Articolo 19 - Inabilità Temporanea

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

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

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

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

Articolo 20 - Massimo catastrofale

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

Garanzie aggiuntive

(sempre operanti)

Articolo 21 - Ernie traumatiche

A parziale deroga dell'Art. 31, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- a) la garanzia prende effetto, dalle ore 24.00 del 180° giorno seguente al perfezionamento della Polizza e, in caso di nuovo Assicurato, dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo alla data di inserimento;**
- b) se in base al parere medico l'ernia non è operabile, verrà riconosciuto un grado di Invalidità Permanente non superiore al 10%;**
- c) in caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 36.**

Articolo 22 - Rottura sottocutanea dei tendini

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 31, relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale, del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale e della cuffia dei rotatori, la Compagnia liquiderà, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento, una invalidità pari al 4%, **con il massimo di 6.000,00 euro**, senza l'applicazione di franchigia.

Articolo 23 - Ulteriori rimborsi

In caso di Infortunio liquidabile a termini di polizza la Compagnia riconosce un ulteriore indennizzo, **sino a un massimo di 3.000,00 euro per assicurato**, per le spese documentate e sostenute, relativamente a:

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

Articolo 24 - Malattie tropicali - Malaria

La garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, **fino a concorrenza delle somme assicurate e con un massimo indennizzo di 250.000,00 euro**.

La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che **non si darà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente derivante da malattie tropicali quando questa sia di grado inferiore al 15% della totale**; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto **soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della Tabella di cui all'Art. 16.**

La validità di questa garanzia è **subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia preventivamente sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei Paesi dove si reca. In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 36.**

Articolo 25 - Rischio guerra

A parziale deroga dell'Art. 31, la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli Infortuni derivanti da stato di guerra, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.**

Articolo 26 - Menomazioni estetiche

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

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

Articolo 27 - Calamità naturali

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

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Articolo 28 - Variazione del Contraente

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

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

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

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

Articolo 29 - Regolazione Premio

A. Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

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

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

Qualora all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risulti maggiore di oltre il doppio rispetto a quello anticipato, quest'ultimo è aumentato con decorrenza dall'inizio del periodo annuo successivo a quello della comunicazione, fino alla concorrenza del 75% dell'ultimo consuntivo.

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

B. Assicurazione in base alle persone indicate per nominativo

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

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

C. Assicurazione in forma anonima a capitali fissi

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

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

La copertura e/o la esclusione dalla copertura decorreranno dalle ore 24.00 della data di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro indicata nei suddetti libri. **Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio definitivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente. Non è prevista la regolazione delle differenze passive.**

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero (ii) il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva. Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, , salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

D. Assicurazione in base alle giornate/presenze

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

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

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

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

Articolo 30 - Validità territoriale

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

Articolo 31 - Esclusioni

Salvo quanto previsto all'Art. 14, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- a) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- b) all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bunging jumping, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);
- c) a stato di ubriachezza, secondo i parametri fissati dal Codice della Strada in vigore al momento di verifica del Sinistro, quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- d) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- e) a delitti dolosi dell'Assicurato restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto ai precedenti Artt. 21 e 22);
- g) fatti di guerra (salvo quanto previsto al precedente Art. 25);
- h) infortuni occorsi a seguito di trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 32 - Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 33 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 34 - Obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 35 - Criteri di indennizzabilità

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

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

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

- **l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato,**
 - **in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto alla Sezione "In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia" agli articoli 34 - Obblighi in caso di Sinistro.**
- La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione.**

Articolo 36 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici risiede presso la città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

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

Articolo 37 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata nell'art. 34 "Obblighi in caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente l'Assicurato muore, in conseguenza del medesimo Infortunio, la Compagnia corrisponde alle persone indicate all'Art. 15 la differenza tra l'indennizzo pagato e quello dovuto per il Caso Morte ove quest'ultimo sia superiore al primo o non chiede il rimborso nel caso contrario.

Articolo 38 - Rinuncia alla rivalsa

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

Articolo 39 - Responsabilità civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i Beneficiari di cui all'art. 15, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

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

Condizioni particolari Aziende

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

A parziale modifica dell'Art. 14 si conviene che:

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

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

A parziale modifica dell'Art. 14, si conviene che:

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

C. Condizioni speciali per Dirigenti (garanzia sempre operante)

I Franchigia per Invalidità Permanente

la liquidazione dell'indennizzo determinata come al precedente Art. 16, avverrà senza l'applicazione di alcuna franchigia;
Nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

II Esonero denuncia infermità, mutilazione, difetti fisici

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

III Esonero denuncia altre assicurazioni

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

IV Sport pericolosi

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

V Malattie professionali

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

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

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

A modifica delle condizioni di polizza l'Assicurazione è limitata agli Infortuni che gli assicurati subiscono mentre, per conto ed ordine del Consiglio di Amministrazione del Contraente, svolgano le attività inerenti la

loro specifica carica dichiarata, compresi quelli occorsi durante trasferimenti e missioni.
Sono escluse le garanzie aggiuntive del capitolo "Norme che regolano l'assicurazione infortuni".

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

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

F. Rischio volo (valida solo se espressamente richiamata sulla scheda di polizza)

L'Assicurazione vale solamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero **(ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio)** su velivoli ed elicotteri:

- di linee aeree regolari autorizzate al servizio pubblico;
- eserciti da società che effettuano voli "charter"
- gestiti da Corrieri e aziende di trasporto aereo
- di autorità militari o civili, in occasione di traffico civile
- di trasporto a domanda (aerotaxi).

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

Di comune accordo fra le Parti si conviene che, indipendentemente dalle somme individualmente assicurate, nel caso di evento nel quale rimangano infortunati più Assicurati, **il massimo esborso a carico della Compagnia non potrà superare la somma prevista al precedente Art. 20, essendo inteso che in tal caso le somme assicurate per ciascun Assicurato si intenderanno ridotte in proporzione, fermo sempre l'esborso massimo suindicato.**

G. Recovery Hope (garanzia sempre operante)

La Compagnia riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite.

L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di Morte, stabilito in Polizza. La Compagnia verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito), l'indennizzo per Recovery Hope **al verificarsi delle condizioni di seguito definite:**

- 1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;**
- 2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti;**
in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e
- 3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Art. 1) della sezione di polizza denominata "In caso di Sinistro", su tale stato.**

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

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

Sezione 2 Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

Norme che regolano l'Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

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

Articolo 2 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

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

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

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

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

Articolo 3 - Determinazione dell'indennizzo

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

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

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

Articolo 4 - Esclusioni

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

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

- a) malattia mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- b) A.I.D.S. conclamata;
- c) malattie tropicali;
- d) intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Articolo 5 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

Occorre inoltre:

- allegare alla denuncia, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
- inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni circa il decorso della malattia fornendo le cartelle cliniche in caso di ricovero ed ogni altra documentazione utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

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

- l'esistenza e quantificazione dell'invalidità permanente da malattia;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia

Articolo 7 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

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

Il diritto all'indennità permanente da Malattia è di carattere personale e non è trasmissibile. Nel caso in cui l'Assicurato deceda per cause indipendenti dalla malattia prima che l'indennizzo sia pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:
- l'importo oggetto di eventuale offerta della Compagnia o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto dagli artt. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, 7 - Criteri di indennizzabilità.
La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

La liquidazione viene fatta in Italia e in valuta italiana.

Articolo 8 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura e origine della Malattia le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici risiede presso la città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**
È data facoltà al Collegio dei Medici di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca successiva, da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. **Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.**

Articolo 9 - Pagamento dell'indennizzo

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

Articolo 10 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Articolo 11 - Regolazione premio

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

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

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

Articolo 13 - Recesso in caso di Sinistro – Non applicabilità

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

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 - P2517



ZURICH[®]