

Zurich Infortuni Aziende

Banca Malatestiana Z077832

Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità
Permanente derivante da Infortunio.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 01.2019
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 01.2019
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 01.2019

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità Permanente derivante da infortunio

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Zurich Insurance plc

Rappresentanza Generale per l'Italia



ZURICH®

Zurich infortuni 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 da contraente in favore degli assicurati, assicura il rischio di morte o invalidità permanente di un soggetto assicurato a seguito di infortunio.



Che cosa è assicurato?

✓ **Garanzia "Infortuni":** la garanzia assicura il rimborso delle spese e una indennità in caso di ricovero in conseguenza degli infortuni 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 allineamenti a carattere non professionistico.

La garanzia prevede un indennizzo in caso di morte (da corrispondere ai beneficiari o agli eredi) o invalidità permanente.

La garanzia vale anche durante (i) il servizio sostitutivo di quello militare e (ii) il richiamo per ordinarie esercitazioni.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP aggiuntivo.

Zurich risarcisce i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. insulino-dipendenza o da infermità mentale (es: schizofrenia, sindromi cerebrali).
- ✗ Le percentuali di invalidità permanente inferiori al minimo previsto in polizza.
- ✗ Gli infarti e le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini.
- ✗ Inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, fatti di guerra e terremoti.
- ✗ Le trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni:

- ! Arruolamento volontario;
- ! Il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- ! Uso e guida di mezzi aerei militari ed esercizio del paracadutismo;
- ! gli infortuni conseguenti alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare svolte a livello professionistico;
- ! gli infortuni conseguenti all'esercizio delle seguenti attività sportive, anche svolte a carattere ricreativo (titolo esemplificativo): alpinismo, sci estremo, sport aerei, atletica pesante, rugby, hockey;
- ! 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 o atti temerari dell'assicurato salvo quelli compiuti per legittima difesa.

Zurich liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, applicando alla stessa la percentuale di cui allo schema riportato in polizza.



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.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto il contraente e l'assicurato devono fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e comunque informare Zurich di qualsiasi modifica del contratto.
Il contraente o l'assicurato devono inoltre dare comunicazione scritta mediante raccomandata a Zurich di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.
- Il contraente e/o l'assicurato devono 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 deve inoltre dare comunicazione scritta delle inclusioni e/o esclusioni per nominativo a Zurich o all'intermediario, a mezzo lettera raccomandata o telefax. In tale comunicazione devono essere indicate le generalità dell'assicurato nonché la data di inclusione o di esclusione.
- In caso di variazione del contraente (es: per alienazione dell'azienda, trasformazione, fusione), questi deve darne comunicazione scritta a Zurich entro 15 giorni dal suo verificarsi.



Quando e come devo pagare?

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

Il premio, che comprende anche le imposte, deve essere pagato dal contraente alla sottoscrizione del contratto ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. L'assicurazione ha periodicità annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza per il periodo di un anno e così successivamente.

Per le persone che raggiungono il 75° anno di età in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla successiva scadenza annuale, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti.



Come posso disdire la polizza?

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

Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità Permanente derivante da infortunio

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich infortuni aziende

Data di realizzazione: gennaio 2019 - Ultimo Aggiornamento: gennaio 2019

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le principali caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Zurich Insurance plc – Rappresentanza Generale per l'Italia. Sede a Zurich House, 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 – tel. +39.0259661 – Fax +39.0259662603. Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066. C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968.

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

Con riferimento al bilancio di esercizio 2017, il patrimonio netto è pari a 2.199 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.191 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 135% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Per le informazioni sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al seguente indirizzo: <http://www.zurich.it/avvisi-clienti/SFCRReport.htm>.

Di seguito l'ammontare del:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.933 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 870 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.615 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.487 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

ESTENSIONI

Equiparazione ad infortunio

- Se l'assicurato decede per cause indipendenti dall'infortunio prima che l'indennizzo sia stato pagato, Zurich è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa: (i) l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'assicurato, (ii) in assenza di un'offerta di Zurich o di un accordo con l'assicurato, l'importo oggettivamente determinabile alle condizioni previste dalla scheda di polizza.

Sono considerati come infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'indigestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni conseguenti ad infortuni garantiti a termini di polizza;
- l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

Altre garanzie	• <u>Ernia da sforzo</u>: la garanzia è estesa alle ernie traumatiche. • <u>Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro</u>: Zurich liquida a favore dei figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di morte aumentata del 50% quando l'assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito dei reati di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'assicurato stesso. • <u>Ulteriori rimborsi</u>: Zurich riconosce un ulteriore rimborso per le spese documentate sostenute, relativamente a: (i) trasporto dal luogo dell'infortunio all'ospedale o casa di cura, per il pronto soccorso; (ii) rimpatrio se l'infortunio è avvenuto all'estero; (iii) azioni di salvataggio o di ricerca dell'assicurato stesso; (iv) trasporto della salma a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza. • <u>Malattie tropicali - Malaria</u>: la garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle così diagnosticate dal medico curante. • <u>Terremoto all'estero</u>: la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoto. • <u>Rischio di guerra</u>: la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.
Cumulo di indennità	Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, Zurich corrisponde alle persone indicate nella scheda di polizza la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso morte ove questa sia superiore e rinuncia a chiedere il rimborso nel caso contrario.



Che cosa NON è assicurato?

Con riferimento alla garanzia base	• I mezzi subacquei; • il pilota o altro membro dell'equipaggio; • le transvolate oceaniche; • la malaria e le malattie tropicali; • gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini; • il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.
Sport pericolosi (operante se espressamente prevista)	• Paracadutismo; • sport aerei in genere.
Malattie professionali (operante se espressamente prevista)	• Le conseguenze dirette e indirette di transmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
Spese di cura (operante se espressamente prevista)	• Le protesi.
Raddoppio della somma assicurata (operante se espressamente prevista)	• Il rischio volo.



Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alla garanzia base	• La garanzia per attività professionali non dichiarate opera a condizione che l'assicurato o i beneficiari dimostrino che le attività professionali non dichiarate non erano svolte all'atto della stipulazione della polizza o dei suoi successivi aggiornamenti. • La garanzia "Caso Morte" opera a condizione che (i) entro due anni dall'Infortunio, ed in conseguenza delle lesioni subite, l'assicurato muore; (ii) se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'assicurato non viene più ritrovato ed a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del codice civile. • L'indennizzo viene liquidato in percentuale sulla somma assicurata, calcolata come da tabella presente nella scheda di polizza. • In caso di ingiustificato ritardo della denuncia, Zurich riconosce l'indennità giornaliera da inabilità temporanea, qualora oggetto di copertura, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa. • Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'assicurato. • 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. • Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e non trasmissibile.
Ernia da sforzo	Se in base al parere medico l'ernia non è operabile, viene riconosciuto un grado di invalidità permanente non superiore al 10%;
malattie tropicali – malaria	• Si conviene che – per i casi suddetti - non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente. • La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi dove si reca.
Terremoto all'estero	Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da terremoto che colpiscano l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.
Rischi extraprofessionali (operante se espressamente previsto)	• 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; • a garanzia non vale per gli infortuni derivanti dall'uso di mezzi di locomozione aerea.
Rischi professionali (operante se espressamente previsto)	La garanzia è limitata agli infortuni che l'assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza.
Spese di cura (operante se espressamente prevista)	La garanzia opera a condizione che • la silicosi e l'asbetosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale; e • il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la Franchigia predetta si intende abolita.

Assicurazione infortuni dei quali sia responsabile il contraente (operante se espressamente prevista)	Questa garanzia non è prestata: • per la responsabilità civile derivante da impegni particolari assunti oltre la responsabilità civile legale; • quando l'assicurato sia lo stesso contraente o, nel caso di società, un suo amministratore o un suo socio a responsabilità illimitata; • quando l'assicurato sia un prossimo congiunto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella) delle persone indicate precedentemente.		
Recovery hope (operante se espressamente prevista)	La garanzia opera a condizione che: • Il beneficiario sia rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni; • se sia stata data comunicazione a Zurich , per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia di sinistro, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti.		
Invalità permanente dirigenti (franchigie)	Le percentuali di invalidità da utilizzare per il calcolo della somma da indennizzare, sono da determinarsi secondo quanto riportato nelle tabelle presenti nella scheda di polizza.		
Garanzia base	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Indennità giornaliera da ricovero	3 giorni	25 Euro al giorno con il massimo di 20 giorni per evento e il massimo di 90 giorni per anno assicurativo pr più eventi
	Indennità da convalescenza	20 giorni	Euro 25 al giorno per ogni oggiorno di ricovero superiore ai 20 giorni per una durata massima alla metà dei giorni di degenza
	Diaria da gesso	-	Euro 10 al giorno per un massimo di 30 giorni
	Rimborso spese mediche da infortunio	200 Euro	Euro 1.000 per persona e per anno assicurativo per uno o più sinistri



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: la denuncia da Infortunio con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla sede di Zurich o all'intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre un 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 a Zurich 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. Gli eventuali successivi prolungamenti dell'inabilità temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato. L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
---------------------------------------	--

	<u>Con riferimento alla garanzia “Spese di cura”:</u> Denuncia di sinistro: 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 a Zurich, 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 Zurich circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; • eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto; • certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile); • copia dei verbali delle autorità, ove intervenute; • patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli; • dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio. Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della: • avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero; • assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'infortunio. L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. <u>Con riferimento alla garanzia “Infortuni dei quali sia responsabile il contraente”:</u> Denuncia di sinistro: il contraente deve informare prontamente Zurich delle pretese per responsabilità civile avanzate da un assicurato o dai suoi aventi diritto in relazione ad un infortunio liquidabile ai sensi di polizza, e trasmettere, al più tardi entro tre giorni dal loro ricevimento, tutti gli altri documenti, domande e richieste giudiziali e stragiudiziali, relativi all'infortunio stesso, come pure fornire tutti i chiarimenti utili a facilitare ogni ricerca. L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. <u>Con riferimento alla garanzia “Recovery Hope”</u> Denuncia di sinistro: la comunicazione dell'inizio dello stato di coma e dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni deve essere inoltrata a Zurich, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma. La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominati, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che autorizzi il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope. L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Assistenza diretta/ in convenzione: Zurich non si avvale di imprese terze. Gestione da parte di altre imprese: Zurich non si avvale di compagnie terze per la gestione e liquidazione dei sinistri. Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento del danno all'assicurato o ha promosso l'azione contro di lui. Per le garanzie diverse dalla responsabilità civile, il termine di prescrizione è di due anni e decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto che ha generato il danno.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile.

Obblighi dell'impresa	Ricevuta la necessaria documentazione, espletate tutte le indagini richieste da Zurich e verificata la operatività delle garanzie, Zurich 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 del indennizzo, Zurich, nell'attesa che questo sia determinato provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato.
------------------------------	--



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio può essere soggetto a sconti qualora il contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali Zurich applichi tariffe agevolate oppure per effetto di scontistiche concesse da Zurich all'intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente. Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il contraente è tenuto a comunicare a Zurich l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché Zurich possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione del premio devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione da Zurich al contraente. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione da parte del contraente costituiscono presunzione di una differenza attiva a favore di Zurich.
Rimborso	Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Zurich rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La garanzia "Ernie da sforzo" prende effetto dalle ore 24 del 180° giorno seguente al perfezionamento della polizza. A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione si conviene che (<i>operante solo se espressamente previsto</i>): • il termine di denuncia dei sinistri s'intende raddoppiato; • il termine previsto per il pagamento delle rate di premio s'intende elevato a 30 giorni; • il termine previsto per la comunicazione dei dati necessari per la regolazione del premio s'intende elevato a 120 giorni; • il termine per il pagamento della regolazione del premio s'intende elevato a 30 giorni.
Sospensione	Il contraente può sospendere le garanzie in caso di "Servizio Militare". L'assicurazione resta inoltre automaticamente sospesa se il contraente non paga le rate di premio successive alla prima, a partire dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.
Risoluzione	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto agli individui persone fisiche che intendano coprirsi dai rischi conseguenti ad infortunio.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte del premio percepita in media dagli intermediari è pari a 25%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: ZURICH INSURANCE plc Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Reclami Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano Fax numero: 02.2662.2243 E-mail: reclami@zurich.it PEC: reclami@pec.zurich.it È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai Reclami. La Compagnia deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.
All'IVASS	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 compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; - in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia. I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it. Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, 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 (Central Bank of Ireland, www.centralbank.ie). Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia. La convenzione di negoziazione assistita costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti E 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA PREVEDE NEL PROPRIO SITO INTERNET UN'AREA RISERVATA (c.d. HOME INSURANCE) CON LA POSSIBILITÀ PER IL CONTRAENTE DI RICHIEDERE LE CREDENZIALI DI ACCESSO.

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 dalla Compagnia 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 dell'Assicurazione

Coassicuratore o Coassicuratore Delegatario –

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

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

Franchigia - L'importo prestabilito, in cifra fissa o in percentuale sulla somma assicurata, che, in caso di Sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo.

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 - L'incapacità parziale o totale di attendere, per un periodo più o meno lungo, alle ordinarie occupazioni.

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

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

Sono considerati come Infortuni 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, le punture escluse la malaria e le malattie tropicali (**salvo quanto previsto alla voce "ALTRE GARANZIE"**), le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad 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 all' "ALTRE GARANZIE" Art.24**);
- 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 male e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- j) gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

Ingessatura - Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

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

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

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

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

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.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno salvo tacito rinnovo?.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

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

Reclamante - un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, 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.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

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

Scoperto - La percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza, con eventuale previsione di un minimo fisso, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Somma assicurata - La somma massima 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.

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

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

Chi assicuriamo

Con la presente polizza si assicurano i clienti dell'Istituto medesimo, intestatari e/o possessori tutti dei seguenti rapporti in Euro e/o valuta:

Primo Conto : si considera assicurato il minorenni / i o il maggiorenne/i beneficiari di rapporti di deposito;

Tesoro mio : si considera assicurato il minorenni o i minorenni beneficiari dei rapporti di deposito;

Conto Ateneo : si considera assicurato l'intestatario o i conintestatari

Nel caso esistano rapporti di conto corrente e/o deposito cointestati a due o più persone assicurate le garanzie si intendono proporzionalmente diminuite sulle varie teste fino ad un massimo del 50% rispetto alla somma assicurata nel caso di rapporto di conto corrente intestato ad una sola persona. Rimangono confermati i limiti di risarcimento, gli scoperti e le franchigie.

Cosa assicuriamo

L'assicurazione viene prestata nel caso di:

1) Indennità giornaliera da ricovero

In caso di ricovero ospedaliero dovuto ad infortunio o malattia, la Compagnia riconoscerà una indennità pari ad Euro 25.= a partire dal terzo giorno di ricovero, per un periodo non superiore a 20 giorni l'evento, con il massimo per più eventi di 90 giorni per anno assicurativo. Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

2) Indennità da convalescenza

In caso di ricovero superiore a 20 giorni se dovuto a malattia o infortunio, a seguito del quale venga prescritto all'Assicurato un periodo di convalescenza domiciliare, la Compagnia riconoscerà una indennità pari ad Euro 25.= per una durata massima pari alla metà dei giorni di degenza.

3) Diaria da gesso

In caso di frattura ossea, la Compagnia riconoscerà una diaria pari a Euro 10,00 per ogni giorno di ingessatura resasi necessaria a seguito di infortunio o malattia, indennizzabili a termine di polizza, intendendosi come tale la applicazione di apparecchi comunque immobilizzanti, anche se amovibili, per un periodo massimo di 30 giorni. Tuttavia nei casi di frattura ossea per i quali non è necessario applicare il mezzo di contenimento inamovibile, la Compagnia liquida comunque la diaria pattuita in polizza ogni giorno di inabilità Temporanea. La diaria da apparecchio di contenimento non è cumulabile con la diaria da ricovero

4) Rimborso spese mediche da infortunio

La compagnia rimborsa, per ogni infortunio garantito a termini di polizza, certificato da referto di Pronto Soccorso, le spese rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute dall'assicurato per medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi applicati durante l'intervento. Per la presente garanzia l'esposizione massima della Compagnia si intende fissata in Euro 1.000.= per ogni singola persona per uno o più sinistri verificatisi nel corso di un medesimo periodo assicurativo annuo. La garanzia è prestata con una franchigia a carico dell'Assicurato di 200 Euro per ogni infortunio.

Calcolo del Premio

Il premio lordo da calcolarsi per ciascun rapporto è pari a Euro 5,50. =:

Premio annuo lordo: comunque acquisito N° rapporti 3.800 x 5,50 Euro = Euro 20.900,00

Rate successive: Euro 20.900,00

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Art.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, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.2. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I Premi devono essere pagati all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza oppure alla Compagnia.

Art.3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art.4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art.5. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art.6. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, la Compagnia ha facoltà di recedere dall'Assicurazione con preavviso di trenta giorni.

In tal caso, **entro 15 giorni** dalla data di efficacia del recesso, la Compagnia rimborsa la parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art.7. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

Art.8. ONERI FISCALI

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

Art.9. FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della 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.

Art.10. 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.

Art.11. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Se il Contraente omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, la Compagnia non è tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

Art.12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.13. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, **devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, telefax o telegramma**, posta elettronica certificata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza

Art.14. CLAUSOLA BROKER O INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

La polizza è intermediata dall' Agenzia Zurich Rimini – Pesaro – San Marino Bernardi Assicurazioni srl - Via Flaminia, 80 - 47922 Rimini (RN).

Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

Art.15. 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 addetti gli Assicurati e 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 od 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.

Art.16. REGOLAZIONE PREMIO

La Contraente versa un premio annuo anticipato sulla base dell'ammontare dei rapporti alla data di effetto del contratto. Entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa, l'Istituto Contraente sarà tenuto a comunicare alla Società le risultanze contabili delle partite assicurate, riferite al numero complessivo dei conti nominativamente aperti.

Successivamente la Società, in base alle sopra citate risultanze, conteggerà il premio consuntivo applicando Eur. 7,00 per ciascun rapporto. Il calcolo del premio verrà fatto sull'ammontare complessivo dei conti.

Effettuato il conguaglio tra il premio consuntivo e quello versato in via preventiva, il saldo risultante dovrà essere versato dalla Parte Contraente, che risulterà debitrice, entro 30 giorni.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto ed a garanzia di quello relativo all' annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva.

Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Resta inteso che il premio preventivo per le annualità successive verrà commisurato al premio consuntivo dell'ultima annualità decorsa.

Il premio minimo comunque acquisito dalla Compagnia non potrà essere inferiore ad Euro 35.000.=

§§§

Cosa e come assicuriamo

Art.17. 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 altre attività professionali, per le quali ricorrono i termini di cui all'art. 4 delle Norme, la Compagnia riconosce il 70% delle prestazioni assicurative, 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 aggiornamenti;**
- 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 effettuati come passeggero (**ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio**) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti **escluse, per questi ultimi, le transvolate oceaniche;**
- e) in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, a lavori di ordinaria manutenzione e ad hobbies, di giardinaggio e di orticoltura;
- f) nell'esercizio di giochi ed attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (**salvo quanto previsto al capitolo "DELIMITAZIONI"**) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, raduni motociclistici e cicloturistici, 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 veicoli o natanti a motore. **Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, ginnastica, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno l'Assicurazione è prestata con una Franchigia assoluta del 10% sul grado di Invalidità Permanente accertata secondo quanto disposto all'Art.20 punto a) e senza tenere conto della tabella di cui al Art. 20 punto b).**

Art.18. EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO

Sono considerati come Infortuni 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, le punture esclusa la malaria e le malattie tropicali (**salvo quanto previsto alla voce "ALTRE GARANZIE"**), le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad 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 all' "ALTRE GARANZIE" Art.24**);
- 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 ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- j) gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

Art.19. CASO MORTE

La Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato non oltre il quarto grado, in parti uguali, la somma assicurata:

- se entro due anni dall'Infortunio, ed in conseguenza delle lesioni subite, l'Assicurato muore;

- se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ed a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di Morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'Indennizzo ed 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 termini di Polizza.

Art.20. CASO INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'Invalidità Permanente si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio,

La Compagnia

- a) Determina** il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui allegato 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ("Tabella INAIL") e successive modificazioni; così come riportato nell'allegato "TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITA' PERMANENTE";

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come 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 od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del **100%**.

Nei casi non specificati nella tabella di cui al precedente **punto a)**, il grado di 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 di invalidità previste per il lato destro valgono per il lato sinistro e viceversa.

Art.21. RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

Art.22. SERVIZIO MILITARE

L'Assicurazione vale durante:

- il servizio sostitutivo di quello militare;
- il richiamo per ordinarie esercitazioni .

L'Assicurazione non vale durante:

- l'arruolamento volontario;
- il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- l'uso e guida di mezzi aerei militari ed esercizio del paracadutismo.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza rateale di Premio, posteriore all'inizio dei servizi suddetti, è facoltà del Contraente di richiedere la sospensione dell'Assicurazione sino al termine degli stessi.

Art.23. VALIDITA' 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 siano fatti in Italia ed in **Euro**.

Altre garanzie (sempre operanti)

In aggiunta a quanto previsto al capitolo **"COSA E COME ASSICURIAMO"** la garanzia vale altresì per:

Art.24. ERNIE DA SFORZO

A parziale deroga dell'**art 30** "Esclusioni" del capitolo **"DELIMITAZIONI"**, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- a) la garanzia prende effetto dalle ore 24 del 180° giorno seguente al perfezionamento della Polizza;**
- b) se in base al parere medico l'ernia non è operabile, viene 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 Medico secondo la procedura prevista all'**art. 35** "Controversie" del capitolo **"IN CASO DI SINISTRO"**, impegnando il ricorso all'Autorità Giudiziaria.**

Art.25. RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATIVO DI SEQUESTRO

La Compagnia liquida a favore dei figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, che risultino beneficiari dell'Assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del **50%** quando l'Assicurato muore in conseguenza di un Infortunio subito a seguito dei reati di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

Per questa specifica prestazione l'esposizione massima della Società non potrà in ogni caso essere superiore a **Eur.250.000=**, indipendentemente dall'eventuale maggior Somma assicurata per il caso Morte.

Art.26. ULTERIORI RIMBORSI

In caso di Infortunio liquidabile a termini di Polizza, la Compagnia riconosce un ulteriore rimborso, sino ad un massimo di Eur 2.500= per evento, per le spese documentate sostenute, relativamente a:

- **TRASPORTO** dal luogo dell'Infortunio all'ospedale o casa di cura, per il pronto soccorso;
- **RIMPATRIO** se l'Infortunio è avvenuto all'estero;
- **AZIONI DI SALVATAGGIO O DI RICERCA** dell'Assicurato stesso;
- **TRASPORTO DELLA SALMA** a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza;

Art.27. MALATTIE TROPICALI - MALARIA

La garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle così diagnosticate dal medico curante, fino a concorrenza delle Somme assicurate e con un massimo Indennizzo di Eur 100.000.= La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che – per i casi suddetti - non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della tabella di cui all'Art.20 punto b).

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia 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 Medico secondo la procedura prevista all'art. 35 "Controversie" del capitolo "IN CASO DI SINISTRO", impreviudicato il ricorso all'Autorità Giudiziaria.

Art.28. TERREMOTO ALL'ESTERO

A parziale deroga dell'art 30 "Esclusioni" del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli Infortuni derivanti da terremoto.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli Infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art.29. RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art. 30 "Esclusioni" del capitolo "DELIMITAZIONI", 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 ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Delimitazioni

Art.30. ESCLUSIONI

Salvo quanto previsto al capitolo "COSA E COME ASSICURIAMO", sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- a) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività 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 od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), snowboard e skate board, rugby, hockey, immersione con

autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri);

- c) a stato di ubriachezza 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 o atti temerari dell'Assicurato restando coperti da garanzia gli Infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo (salvo quanto previsto alla voce "ALTRE GARANZIE") e le rotture sottocutanee dei tendini;
- g) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, fatti di guerra e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "ALTRE GARANZIE");
- h) 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.).

Art.31. PERSONE NON ASSICURABILI - CESSAZIONE DELLE GARANZIE

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S., insulinodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute.

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art.32. LIMITI DI ETÀ - CESSAZIONE DELLE GARANZIE

L'assicurazione vale per le persone di qualsiasi età con l'intesa che per le persone che nel corso del contratto superino gli 80 anni di età l'indennizzo sarà ridotto del 50% di quello spettante ai termini di polizza.

In caso di Sinistro

Art.33. OBBLIGHI

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della Polizza. La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

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

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

Gli eventuali successivi prolungamenti dell'Inabilità Temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato. L'Assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato. Per il rimborso di quanto indicato all'articolo "Spese di cura" occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di ricovero. Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;

- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;

- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.

- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

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

- avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero;

- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Art.34. 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. 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.

Art.35. CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, le Parti possono conferire mandato, con scrittura privata, di decidere la relativa controversia, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Parte più diligente, presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato al quale è assegnata la Polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

Art.36. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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 operatività 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 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 da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio Medico.

Art.37. CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde alle persone indicate all'art. 19 "Caso morte" del capitolo "COSA E COME ASSICURIAMO" la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso Morte ove questa sia superiore e rinuncia a chiedere il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga alle persone di cui al capoverso precedente l'importo liquidato od offerto.

Condizioni particolari

Art. 1 – Altre assicurazioni

L'articolo 11 – Altre assicurazioni delle condizioni generali di assicurazione si intende abrogato.

Tabella di legge per i casi d'invalidità permanente

Allegato 1 del D.P.R.30/06/1965 N° 1124

DESCRIZIONE	Destro	Percentuali	Sinistro
Sordità completa da un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)		-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		-	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	

Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità: ma, ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%
N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.		

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore) %	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Note:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da **2 a 10 punti** a secondo dell'entità del vizio di rifrazione.
- La perdita di **5/10** di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il **16%** se si tratta di Infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%



con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressochè uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il **15%** per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

IL CONTRAENTE

.....

Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia

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: A. Castellano

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

modello P.0000.SET INFORMATIVO - ed. 01.2019 Malatestiana Z077832

