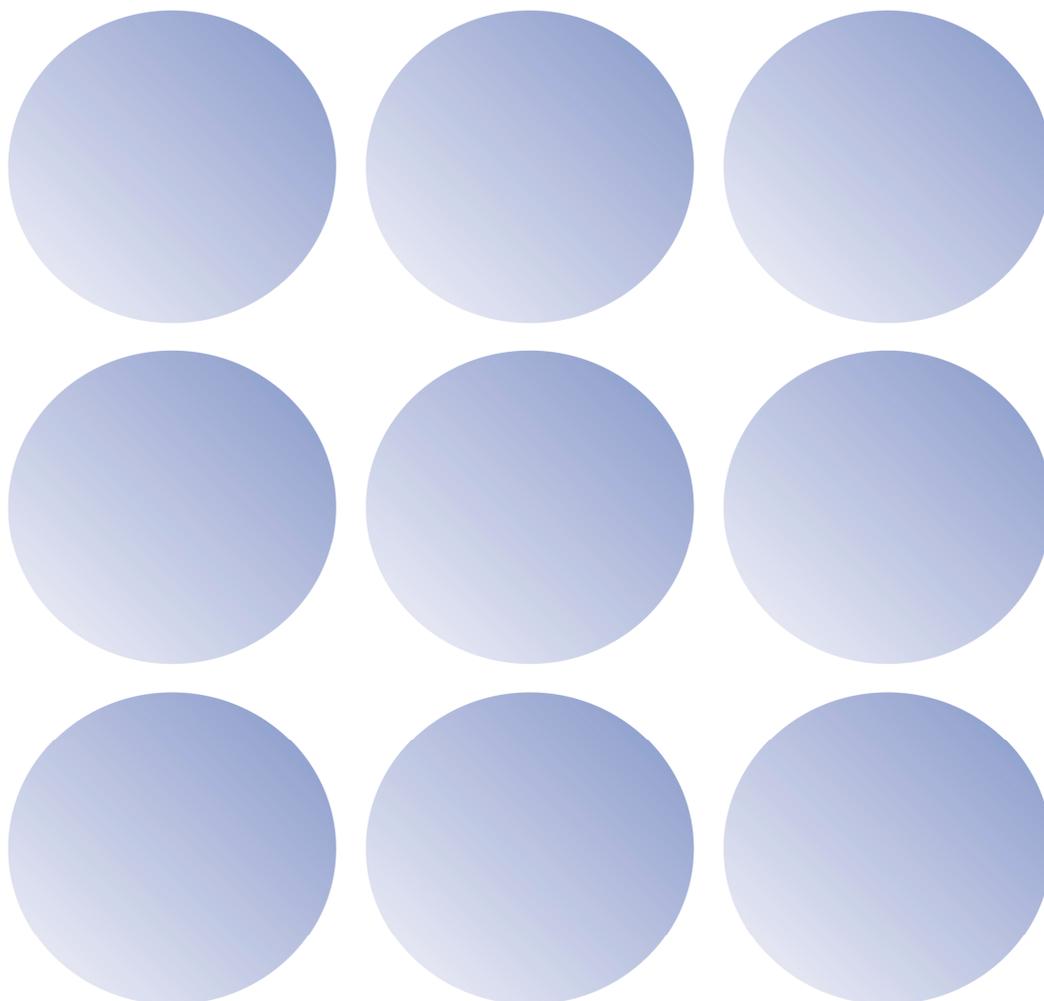


Zurich

Convenzione Sanitaria SALUTE BASE



Contratto di Assicurazione Rimborso Spese medico ospedaliere

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.

Nota informativa

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

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

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. 02.59662510 - Telefax n. 02.26622768

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 (IFR) 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. Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese ISVAP (Elenco I) dal 3/1/08 al n. 1.00066.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.356.035.829,00 euro, formato da un capitale sociale di

4.861.000,00 euro e riserve patrimoniali per 2.351.174.829,00 euro.

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità

disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 469,5%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

B. Informazioni sul contratto

Il Contratto è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA RELATIVA AL TACITO RINNOVO

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

Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'articolo 4 "Proroga dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Rimborso Spese sanitarie per Ricovero con Grande Intervento Chirurgico;
- Indennità Sostitutiva in caso di spesa ospedaliera a carico del SSN.

AVVERTENZA:

Le "Delimitazioni" prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato negli art. 19 "Esclusioni" e 20 "Delimitazioni".

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale indicato in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Franchigie e/o scoperti indicati in Polizza o previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo Assicurazione grandi interventi, artt. 13 oggetto dell'assicurazione, 14 massimale assicurato e 15 criteri di indennizzabilità, franchigie e scoperti.

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

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale

Massimale:	30.000,00 euro
Ammontare delle spese:	10.000,00 euro
Franchigia:	15%
Indennizzo:	8.500,00 euro

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale

Massimale:	30.000,00 euro
Ammontare delle spese:	50.000,00 euro
Franchigia:	15%
Indennizzo:	30.000,00 euro

Esempio 3: Prestazione soggetta all'erogazione della diaria sostitutiva a seguito di ricovero per intervento relativo a malattie cardiache (punto c)

Diaria sostitutiva :	100,00 euro
Giorni di ricovero validi a termini di polizza:	17
Franchigia:	3 giorni
Indennizzo:	(100 x 14) 1.400 euro

AVVERTENZA:

Le “Delimitazioni ” prevedono inoltre all’art. 18 “Limite di età” la presenza del limite di 70 anni quale età massima assicurabile. Qualora l'Assicurato compia il 70° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento del settantesimo anno d'età.

AVVERTENZA:

Le “Condizioni generali di assicurazione” prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell’Indennizzo come disciplinato nell’art. 2 “Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia”.

4. Periodi di Carenza contrattuali**AVVERTENZA:**

La presente assicurazione prevede **dei periodi di Carenza** come disciplinati all’art. 17 Termini di aspettativa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al predetto articolo.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente in ordine alla circostanze del Rischio – Nullità

AVVERTENZA – Dichiarazioni false o reticenti

Eventuali dichiarazioni false o reticenti dell'Assicurato e/o del Contraente sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché la cessazione dell'Assicurazione stessa ai sensi dei seguenti articoli del codice civile: articoli 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave), 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave).

AVVERTENZA

Il Contratto non prevede casi di nullità diversi da quelli previsti dalla Legge. Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Il presente contratto non prevede compilazione di questionario anamnestico.

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio

Le condizioni di assicurazione non prevedono ipotesi di aggravamento o diminuzione del rischio.

7. Premi

Il Contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio senza possibilità di frazionamento.

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.

AVVERTENZA:

I costi effettivamente sostenuti dall'Assicurato sono quelli di seguito riportati:
spese di emissione polizza: € 0,00.

Commissioni di Intermediazione corrisposte in media all'Intermediario in relazione al presente prodotto: 36% del premio imponibile.

Relativamente ai singoli Assicurati, la Dichiarazione di Adesione alla copertura assicurativa indica l'ammontare dei costi effettivamente sostenuti dal debitore.

AVVERTENZA

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il Premio non sono soggetti ad adeguamento.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA

Il contratto è legato alla titolarità del conto corrente Salute Base e pertanto non prevede facoltà di recesso da parte dell'assicurato se non tramite disdetta al conto corrente.

Parimenti la Compagnia di assicurazione non può recedere dal contratto con il singolo correntista, potendo esclusivamente recedere al termine della durata contrattuale dal contratto con la Banca.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) ai sensi dell'articolo 2952 secondo comma, del codice civile si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda .

11. Legge applicabile al Contratto

La legislazione applicabile al Contratto è quella italiana.

12. 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

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:

La data di insorgenza del sinistro è quella in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio.

Come previsto nel Capitolo "In caso di sinistro" all'Art 1 "Denuncia del Sinistro – modalità di valutazione del danno" l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 60 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.

La Denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

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

La Compagnia può svolgere propri accertamenti od indagini .

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA:

La presente polizza non prevede la possibilità di avvalersi di centri e medici convenzionati.

Il rimborso delle prestazioni viene quindi effettuato dalla Compagnia, restando a carico dell'Assicurato le Franchigie e gli Scoperti previsti nelle Condizioni di Assicurazione e/o in Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo "In caso di sinistro", artt. 22 Denuncia dell'infortunio o della malattia – Obblighi dell'assicurato e 24 Pagamento dell'indennizzo.

15. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (ISVAP) e all'Autorità irlandese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) 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 essere inoltrati per iscritto a:

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione reclami
Via Benigno Crespi n. 23, 20159 Milano
Fax numero: 02/2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario 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 del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- All'ISVAP

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 della Compagnia, degli intermediari da essa incaricati 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 devono essere inoltrati per iscritto a:

I.S.V.A.P.
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e
di Interesse Collettivo,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06/42.133.745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che l'Assicurato può consultare sul sito www.isvap.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'Isvap o direttamente al sistema estero competente

- individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

- All'autorità irlandese competente

I reclami che possono essere indirizzati all'ISVAP possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Irlanda), e precisamente, secondo quanto da essa previsto, al

Financial Service Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Palace
Dublin 2

Modalità di reclamo e modulistica al sito: www.financialombudsman.ie

Il Financial Service Ombudsman's Bureau è un organismo indipendente e separato dalla Autorità di Vigilanza Irlandese (Central Bank of Ireland) ed è competente a trattare i reclami a servizi forniti dalle imprese di assicurazione.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Avvertenza

Nel caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre soggetti, uno dei quali di nomina dell'Assicurato.

Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio eletto dall'Assicurato.

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

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.

Il Rappresentante legale

Dott. Camillo Candia

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

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Carenza (o termine d'aspettativa) – Il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro Medico - Il centro, anche non adibito al Ricovero dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

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

Contraente - Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Data del Sinistro - La data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra-Ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital - Degenza in Istituto di cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico; non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.

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 - Incapacità parziale o totale di attendere 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 oggettivamente constatabili.

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

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.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

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

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

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.

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

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.

Nucleo assicurato - Il coniuge o convivente more uxorio, i figli conviventi fiscalmente a carico fino al 26° anno d'età

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 quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

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

Ricovero improprio - La degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

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

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

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

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

Visita specialistica: la visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.**

Condizioni di assicurazione

Condizioni generali di polizza collettiva

CHI ASSICURIAMO

Ciascuna persona fisica residente in Italia, in qualità di titolare del Conto corrente SALUTE Base della Banca Valsabbina S.C.p.A., nonché il suo nucleo familiare, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli conviventi fiscalmente a carico fino al 26° anno di età, ai quali sia stato consegnato il libretto delle Condizioni Generali di Assicurazione e per i quali sia stato pagato il relativo premio per l'anno in corso.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo comprensivo di imposta, per ogni Assicurato e/o per ogni nucleo assicurato si intende stabilito in Euro 50,00.= ed è da ritenersi come premio minimo anche per periodi inferiori ad un anno fermo restando la scadenza del 31/12.

Al perfezionamento del certificato di assicurazione l'Assicurato anticipa un premio di Euro 50,00.=

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART 1 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno 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'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

ART. 2 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 3 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Alla scadenza del contratto, in mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata di un anno e così successivamente.

Per quanto concerne il rapporto con i correntisti, il correntista titolare del conto salute base non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venisse mantenuto il rapporto di conto corrente.

Parimenti la Compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo correntista.

ART. 4. ONERI FISCALI

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

ART. 5. FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Direzione della Compagnia o dove ha sede l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o dove ha sede il Contraente.

ART. 6. 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. 7. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

ART. 8. 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. 9. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in Eur.

ART. 10. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, **devono essere fatte con lettera ordinaria, lettera raccomandata, telefax o telegramma** alla Compagnia o alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

ART. 11. RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1 – ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI

Art. 13. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia assicura il rimborso delle spese che l'Assicurato dovesse sostenere durante il ricovero con intervento in istituti di cura per interventi chirurgici resisi necessari in seguito a:

- a) malattie del neonato purchè effettuati entro il primo anno di vita;
- b) tumori maligni;
- c) malattie cardiache;
- d) trapianto di organi (espianto e trapianto);
- e) interventi al sistema nervoso centrale per malattia o infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti interventi chirurgici:

- a) Cranio
 - craniotomia con lesioni traumatiche intracerebrali;
- b) Faccia e bocca
 - riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare (trattamento chirurgico e ortopedico);

- fratture dei mascellari superiori (trattamento chirurgico e ortopedico);
- c) Peritoneo e intestino
 - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali;
 - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino-resezione intestinale;
- d) Milza
 - splenectomia;
- e) Ortopedia e traumatologia
 - disarticolazione interscapolo toracica;
 - emipelvectomy;
 - artroprotesi di anca;
 - protesi di femore;
 - artroprotesi del ginocchio;
 - artroprotesi di gomito;
 - protesi di Thompson;
 - protesi di spalla e gomito;
 - protesi di polso;
 - protesi di ginocchio;
 - vertebrotomia.

Sono rimborsabili le spese sostenute per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza.

Art. 14. MASSIMALE ASSICURATO

Tali spese verranno rimborsate **fino alla concorrenza di € 30.000.=** per ogni sinistro, entro il limite di **€ 50.000 per nucleo familiare facente capo all'Assicurato**; tale somma costituisce la **disponibilità massima per ogni anno di durata della garanzia per l'intero nucleo familiare** indipendentemente dal numero di ricoveri.

Qualora il conto sia cointestato a più persone fisiche non appartenenti allo stesso nucleo familiare, la somma disponibile per ogni titolare/Assicurato e per il proprio nucleo familiare è ridotta in proporzione al numero di cointestatori.

Se invece una medesima persona sia titolare di più conti correnti o appartenga ad un nucleo titolare di più conti correnti (anche cointestati) potrà usufruire, in caso di sinistro Assicurato, del massimale disponibile per un solo conto corrente; in caso di recidiva dell'infermità nella medesima patologia che ha causato il primo intervento, l'Assicurato, potrà utilizzare soltanto il massimale residuo. Se invece l'infermità non avesse nulla a che vedere con la patologia del primo intervento, oltre al massimale residuo l'Assicurato potrà utilizzare il massimale disponibile su altri conti correnti.

Art. 15. CRITERI DI INDENNIZZABILITA', SCOPERTI E FRANCHIGIE

L'Assicurato potrà ottenere il rimborso delle spese, **nei limiti del massimale Assicurato**, con le seguenti modalità:

- 1) in caso di rimborso parziale da parte del Sistema Sanitario Nazionale oppure da parte di altri Enti, Fondi o Casse, **la Compagnia rimborserà all'Assicurato, a termini di Polizza, il 100% delle spese sanitarie sostenute e rimaste a suo carico**, previa presentazione della documentazione sanitaria in ORIGINALE;
- 2) in tutti gli altri casi la **Compagnia provvederà a rimborsare all'Assicurato, a termini di Polizza, le spese sanitarie sostenute e rimaste a suo carico**, previa presentazione della documentazione sanitaria in ORIGINALE. A ricovero avvenuto, a richiesta dell'Assicurato, **può essere anticipato, nel limite del 50% della somma disponibile**, l'acconto versato all'Istituto di Cura; a cure ultimate si provvederà al conguaglio delle spese. Il rimborso delle spese sarà effettuato previa applicazione di uno **scoperto del 15% per ogni ricovero che rimarrà a carico dell'Assicurato.**
- 3) La Compagnia, quando l'Assicurato ricorre all'assistenza integrale del Sistema Sanitario Nazionale oppure di altri Enti, Fonti o Casse e non sostenga alcuna spesa (per ricovero ed ogni altra prestazione sanitaria o di

servizio connesse al ricovero stesso), provvede al pagamento a favore dell'Assicurato stesso delle seguenti diarie sostitutive:

€ 150,00.= per ogni giorno di ricovero, per le patologie di cui al punto d) del precedente art. 13) – oggetto dell'assicurazione;

€ 100,00.= per ogni giorno di ricovero, per le patologie di cui al punto c) del precedente art. 13) – oggetto dell'assicurazione;

€ 70,00.= per ogni giorno di ricovero, per tutte le altre patologie elencate nel precedente art. 13) – oggetto dell'assicurazione.

In tutti i casi, la diaria non potrà avere una **durata superiore a 100 giorni**, con applicazione di una **franchigia di 3 giorni**.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

Art. 16. MALATTIA CRONICA O RECIDIVANTE

In caso di malattia cronica o recidivante insorta successivamente alla decorrenza della garanzia, il suddetto massimale deve intendersi come limite massimo di esposizione per la patologia in oggetto per tutta la durata della garanzia. **L'esposizione annua della Compagnia non potrà comunque eccedere il massimale riportato nel precedente art. 14.**

DELIMITAZIONI

Art. 17. TERMINI DI ASPETTATIVA

La copertura assicurativa decorre:

– **per gli infortuni, dalle ore 24:00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;**

– **per le malattie, dal 120° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**

Qualora la presente garanzia sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della precedente Polizza Zurich n° **Z062201**, riguardante gli stessi Assicurati e simili garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed alle maggiori somme previste nella presente garanzia.

Art. 18. LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per persone **di età non superiore a 70 anni**. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza possibilità di rinnovo. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte di Zurich Insurance plc, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 19. RISCHI ESCLUSI

1) Gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici, le patologie congenite e gli stati patologici diagnosticati e/o manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, note o non note all'Assicurato, ma a giudizio del medico preesistenti alla data di stipulazione del contratto, nonchè le loro conseguenze e complicanze;

2) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;

3) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

4) gli infortuni e le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso di psicofarmaci e di stupefacenti;

5) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato (sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso);

6) gli infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed

allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;

7) le cure dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;

8) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);

9) le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;

10) le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 20. DELIMITAZIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono inoltre le seguenti condizioni generali:

1. **la durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità dell'Assicurazione è di 60 giorni;**

2. l'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa Assicurazione i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti di La Compagnia e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso;

3. **tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**

guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

scioperi, rivoluzioni, sommosse, movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;

dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;

gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sports aerei in genere;

abuso di alcoolici o psicofarmaci nonchè dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;

4. **La Compagnia non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile;**

5. **qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, La Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;**

6. **ogni diritto nei confronti di La Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.;**

7. il diritto alle assistenze fornite La Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;

8. a parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del C.C., all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente La Compagnia nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui attivasse altra impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione;

9. per qualsiasi richiesta di informazione, lamentela, contestazione, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente a La Compagnia, restando inteso che la Banca è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione;

10. la Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana;

11. per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.

Art. 21. PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Compagnia, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle

seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" riportato nelle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale e dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 22. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La Contraente o L'Assicurato devono presentare denuncia alla Compagnia od alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza dal momento che ne abbiano avuto la possibilità e comunque, per i casi di ricovero, entro 30 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura. La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

- 1) nome, cognome, indirizzo e numero di telefono e segnalazione dell'eventuale esistenza di un contitolare;
- 2) la data di accensione del conto corrente;
- 3) stato di famiglia;
- 4) diagnosi medica ed eventuali prescrizioni;
- 5) copia della cartella Clinica completa rilasciata dall'Istituto di Cura;
- 6) giustificativi di spesa IN ORIGINALE (che verranno restituiti alla chiusura del sinistro).

La mancata produzione dei documenti sopra elencati, può comportare la decadenza del diritto al rimborso.

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, l'Ufficio Liquidazione Sinistri procederà alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento al netto delle franchigie previste.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Art.23. CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, le Parti conferiscono 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, 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 nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino 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.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiutasse di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 24. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini di polizza, **su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.**

La documentazione medica da fornire alla Compagnia, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia di sinistro, **deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.**

Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcele ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la **Compagnia effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcele delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.**

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Valuta Italiana.

Art.25. VALUTAZIONE DEL DANNO - ARBITRATO IRRITUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al successivo punto "Criteri di indennizzabilità", **possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale.**

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.