# Zurich Convenzione Sanitaria

## Contratto di Assicurazione
## Rimborso Spese medico ospedaliere
## SALUTE BASE

**Il presente Set Informativo, contenente:**

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 09.2019
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 09.2019
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 09.2019

**deve essere consegnato all'Assicurato/Aderente prima della sottoscrizione del contratto.**

**Polizza di assicurazione ad adesione rimborso spese medico ospedaliere per i clienti Valsabbina S.C.p.A**

# Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

**Zurich Insurance plc**
**Rappresentanza Generale per l'Italia**

ZURICH

**Zurich Convenzione Sanitaria Salute Base**

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 rimborsa all'assicurato le spese sostenute in sede di ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici. Il prodotto è riservato ai correntisti della Banca Valsabbina che abbiano aderito al prodotto, nonché il loro nucleo familiare.

## Che cosa è assicurato?

✓ Garanzia "grandi interventi": 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: (i) malattie del neonato purché effettuati entro il primo anno di vita; (ii) tumori maligni; (iii) malattie cardiache; (iv) trapianto di organi (espianto e trapianto); (v) interventi al sistema nervoso centrale per la malattia o infortunio.
Sono inoltre compresi gli interventi chirurgici elencati in polizza. Sono rimborsabili le spese sostenute per: (i) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; (ii) diritti di sala operatoria e materiale di intervento; (iii) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e r ieducativi, m edicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; (iv) rette di degenza. In alternativa la Compagnia, quando l'Assicurato/Aderente ricorre all'assistenza integrale del Sistema Sanitario Nazionale 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 diarie sostitutive previste in polizza.

Ciascuna persona fisica residente in Italia, Società semplici e/o di fatto, in qualità di titolare del conto corrente presso la Banca Valsabbina S.C.p.A., nonché il suo nucleo familiare, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e i figli conviventi fiscalmente a carico fino al 26° anno d'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, previa adesione.

**Le garanzie vengono prestate sino al raggiungimento dei limiti di Indennizzo/Risarcimento, somme assicurate e massimali convenuti e possono essere soggette ad applicazione di franchigie e/o scoperti.**

## Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato (art.1917 del Codice Civile).**
- ✗ **Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il massimale pattuito.**
- ✗ **Le persone di età superiore a 70 anni.**
- ✗ **Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali: sindrome organiche celebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.**
- ✗ **Gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici, le patologie congenite e gli stati patologici diagnosticati e/o manifestati anteriormente alla stipulazione del contratto, note o non note, all'assicurato ma a giudizio del medico preesistente alla data di stipulazione del contratto, nonché le loro conseguenze e complicanze.**
- ✗ **Gli stati psicologici correlati alla infezione da HIV.**
- ✗ **Le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici.**
- ✗ **Le cure dentarie e le paraodontopatie non conseguenti ad infortunio.**
- ✗ **Le applicazioni di carattere estetico.**

## Ci sono limiti di copertura?

- ! **gli infortuni e le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- ! **gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'assicurato/aderente (sono compresi invece quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato/aderente stesso);**
- ! **gli infortuni derivanti da sport aeri e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti salvo che si tratti di gare di regolarità;**
- ! **le conseguenze di guerra e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;**
- ! **le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche.**

## Dove vale la copertura?

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

## Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto lei ha l'obbligo di fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e, nel corso del contratto, deve comunicare immediatamente a Zurich o all'intermediario assicurativo i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato (ad esempio la modifica dell'attività assicurata) mediante raccomandata.
- Lei ha l'obbligo di dare immediato avviso nel caso in cui sorga, nel corso del contratto una delle seguenti patologie: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali: sindrome organiche celebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.
  **L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'Indennizzo.**

## Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e può essere pagato dal contraente a Zurich o all'intermediario assicurativo tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito; può essere utilizzato anche denaro contante nel limite dell'importo massimo stabilito dalla legge.

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 correte intrattenuto dall'assicurato/aderente presso una filiale di banca Valsabbina S.C.p.A.

Se il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il cado di contratto di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate, il premio deve essere pagato in euro in un'unica soluzione mediante addebito diretto sul conto corrente intestato all'aderente/assicurato in essere presso uno delle filiali i Banca Valsabbina S.C.p.A

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata tacitamente di un anno e così successivamente.

L'assicurazione ha effetto dalle 24 ore 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.

Nel caso in cui la polizza venga concessa all'assicurato/aderente a titolo gratuito, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione. La copertura cessa al 31 dicembre di ciascuna annualità di polizza.

L'assicurato/aderente non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venisse mantenuto in essere il rapporto di conto corrente a lui intestato presso Banca Valsabbina S.C.p.A. In tale ipotesi la compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo contraente.

Per le persone che raggiungono i 70 anni di 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.

## Come posso disdire la polizza?

Può esercitare il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata a Zurich almeno 1 mese prima della scadenza dell'assicurazione.

# Polizza di assicurazione rimborso spese medico ospedaliere

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

**Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia**

**Zurich Convenzione Sanitaria SALUTE BASE** Data di realizzazione: settembre 2019 - Ultimo Aggiornamento: settembre 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 aderente a capire più nel dettaglio le principali caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.**

**L'aderente 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 Elligible 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 | |
|---|---|
| **Garanzia base** | **Ricovero con intervento in istituti di cura per interventi chirurgici** resisi necessari in seguito a:<br>• malattie del neonato purchè effettuati entro il primo anno di vita;<br>• tumori maligni;<br>• malattie cardiache;<br>• trapianto di organi (espianto e trapianto);<br>• interventi al sistema nervoso centrale per malattia o infortunio.<br><br>**Sono inoltre compresi i seguenti interventi chirurgici:**<br>1) Cranio:<br>• craniotomia con lesioni traumatiche intracerebrali;<br>2) Faccia e bocca:<br>• riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;<br>• fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare (trattamento chirurgico e ortopedico);<br>• fratture dei mascellari superiori (trattamento chirurgico e ortopedico);<br>3) Peritoneo e intestino:<br>• laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali;<br>• laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino-resezione intestinale; |

| | |
|---|---|
| | 4) Milza:<br>• splenectomia;<br>5) Ortopedia e traumatologia:<br>• disarticolazione interscapolo toracica;<br>• emipelvectomia;<br>• artroprotesi di anca;<br>• protesi di femore;<br>• artroprotesi del ginocchio;<br>• artroprotesi di gomito;<br>• protesi di Thompson;<br>• protesi di spalla e gomito;<br>• protesi di polso;<br>• protesi di ginocchio;<br>• vertebrotomia. |

***Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?***

Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni.

## Che cosa NON è assicurato?

- **I 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/Aderente, ma a giudizio del medico preesistenti alla data di stipulazione del contratto, nonchè le loro conseguenze e complicanze.**
- **Gli stati patologici correlati alla infezione da HIV.**
- **Le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici.**
- **Gli infortuni e le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.**
- **Gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato/Aderente (sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato/Aderente stesso).**
- **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.**
- **Le cure dentarie e le parodontiopatie non conseguenti ad infortunio.**
- **Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio).**
- **Le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni.**
- **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.).**

## Ci sono limiti di copertura?

| | |
|---|---|
| **Garanzia grandi interventi** | • L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni.<br>• 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.<br>• Nel caso in cui il conto corrente sia intestato a più persone fisiche, Società semplici e/o di fatto , il massimale assicurato è ridotto in proporzione al numero dei cointestatari o dei soci.<br>• in caso di malattia cronica o recidivante insorta successivamente alla decorrenza della garanzia, il massimale deve intendersi come limite massimo di esposizione per la patologia in oggetto per tutta la durata della garanzia.<br>• 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. |

| | |
|---|---|
| **Garanzia "Grandi interventi"** | **Ove non diversamente concordato, l'assicurazione "Grandi interventi", 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 |
|---|---|---|
| Rimborso Spese per intervento in istituto di cura privato | 15% | 30.000 euro per ogni sinistro ed entro il limite di 70.000 euro per nucleo familiare facente capo all'assicurato Se titolare di più conti correnti o appartenente ad un nucleo titolare di più conti correnti (anche cointestati) fermo il limite di 30.000 euro per sinistro il limite per nucleo familiare si intende elevato ad 100.000 euro |
| Diaria SSN | 3 giorni con il massimo d i 100 giorni | 150 euro per ogni giorno di ricovero per trapianto di organi (espianto trapianto)<br>100 euro per ogni giorno di ricovero per malattia caridaca<br>70 euro per ogni giorno di ricovero per tutte le patologie assicurate |

## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro**

L'assicurato/aderente deve presentare denuncia sottoscritta a Zurich od all'intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato 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:

- nome, cognome, indirizzo e numero di telefono e segnalazione dell'eventuale esistenza di un contitolare;
- la data di adesione alla polizza;
- stato di famiglia;
- diagnosi medica ed eventuali prescrizioni;
- copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di Cura;
- giustificativi di spesa in originale (che verranno restituiti alla chiusura del sinistro).

L'assicurato/aderente, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici di Zurich 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.

**L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dal contratto.**

**Assistenza diretta/in convenzione**

Zurich non si avvale di imprese terze.

**Gestione da parte di altre imprese**

Zurich non si avvale di imprese 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** | **Pagamento del sinistro**<br>Zurich 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.<br>Zurich si impegna a comunicare all'assicurato/aderente o ai suoi eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione. |

## Quando e come devo pagare?

| | |
|---|---|
| **Premio** | Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni. |
| **Rimborso** | Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni. |

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|---|---|
| **Durata** | La copertura assicurativa decorre:<br>• per le spese derivanti da infortuni, dalle ore 24:00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;<br>• per le spese derivanti da malattie, dal 120° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.<br><br>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.<br><br>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. |
| **Sospensione** | Se l'aderente non provvede al pagamento dei premi annui successivi derivanti da tacito rinnovo, 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 di Zurich al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile. |

## Come posso disdire la polizza?

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

## A chi è rivolto questo prodotto?

È dedicato ai correntisti di Banca Valsabbina che desiderano proteggere se stessi e il nucleo familiare assicurandosi un rimborso delle spese in caso di ricovero ospedaliero e interventi chirurgici.

## Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

  La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 36,90%, calcolato sul premio imponibile.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|---|---|
| **All'impresa assicuratrice** | I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:<br>**ZURICH INSURANCE plc Rappresentanza Generale per l'Italia**<br>**Ufficio Gestione Reclami**<br>**Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano**<br>**Fax numero: 02.2662.2243**<br>**E-mail: reclami@zurich.it**<br>**PEC: reclami@pec.zurich.it**<br>È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito **www.zurich.it** nella sezione dedicata ai Reclami.<br>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 contradditorio con l'intermediario interessato. |
| **All'IVASS** | All'IVASS vanno indirizzati i reclami:<br>- 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;<br>- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia.<br>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:<br>**IVASS**<br>**Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma**<br>**Fax 06.42133206**<br>**Pec: ivass@pec.ivass.it**<br>**Info su: www.ivass.it**<br>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**.<br>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).<br>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.<br>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.<br>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. |

# Glossario e Condizioni di Assicurazione

Zurich Convenzione Sanitaria
SALUTE BASE

# Indice


## Glossario pag. 1 di 3

## Condizioni di Assicurazione pag. 1 di 7

Condizioni generali di Assicurazione pag. 1 di 7

Assicurazione grandi interventi pag. 2 di 7

In caso di Sinistro pag. 6 di 7

# Glossario

**Aderente** - Il soggetto, titolare di un rapporto di conto corrente in essere presso Banca Valsabbina SC.p.A, che aderisce al contratto di assicurazione mediante sottoscrizione del modulo di adesione.

**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, ossia Banca Valsabbina S.C.p.a.

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

**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.**

**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.

**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.

**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).

**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 dall'Aderente 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.

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

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

**Ricovero** - La degenza 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.

**Società o Compagnia** - **Zurich Insurance plc, Rappresentanza generale per l'Italia**

**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.**

Data ultimo aggiornamento: 01 Settembre 2019

# Condizioni generali di Assicurazione

## Chi assicuriamo

**Ciascuna persona fisica residente in Italia,Società semplici e/o di fatto , in qualità di titolare di un conto corrente in Euro acceso presso 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, 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 si intende stabilito in Euro 60,00 ed è da ritenersi come premio minimo anche per periodi inferiori ad un anno, fermo restando la scadenza del contratto al 31/12 di ciascun anno, indipendentemente dalla data di adesione.**

### Articolo 1 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Nel caso in cui la polizza venga concessa all'Assicurato/Aderente a titolo gratuito, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione. La copertura cessa al 31 dicembre di ciascuna annualità di Polizza.

Se l'Aderente non provvede al pagamento dei premi annui successivi derivanti da tacito rinnovo, 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. Il premio deve essere pagato in euro in una unica soluzione mediante addebito diretto sul conto corrente intestato all'Aderente/Assicurato in essere presso una delle filiali di Banca Valsabbina S.C.p.A.

### Articolo 2 - Modifiche dell'Assicurazione

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

### Articolo 3 - Proroga dell'Assicurazione e Periodo di Assicurazione

**Alla scadenza del contratto, in mancanza di disdetta** da comunicarsi mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, **l'assicurazione è prorogata tacitamente di un anno e così successivamente.**

**L'Assicurato/Aderente non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venisse mantenuto in essere il rapporto di conto corrente a lui intestato presso Banca Valsabbina S.C.p.A. In tale ipotesi la Compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo correntista.**

### Articolo 4 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Aderente.

### Articolo 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'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la polizza o dove ha sede l'Aderente.

P.0309.CGA - ED. 09.2019 - PAG. 5

Qualora l'Aderente e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e smi), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

**Articolo 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.

**Articolo 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.

**Articolo 8 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**
**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente 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.

**Articolo 9 - Validità territoriale**
L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in Euro.

**Articolo 10 - Forma delle comunicazioni**
Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato/Aderente sono tenuti, **devono essere fatte con lettera ordinaria, lettera raccomandata, telefax o telegramma** alla Compagnia o all'intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza.

**Articolo 11 - Rinuncia alla rivalsa**
La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato/Aderente o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso i Terzi responsabili per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto.

**Articolo 12 - Rinvio alle norme di legge**
Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme di legge.

# Assicurazione grandi interventi

**Articolo 13 - Oggetto dell'Assicurazione**

**La Compagnia assicura il rimborso delle spese che l'Assicurato/Aderente 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:**

1) Cranio
- craniotomia con lesioni traumatiche intracerebrali;

2) 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);

3) 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;

4) Milza
- splenectomia;

5) Ortopedia e traumatologia
- disarticolazione interscapolo toracica;
- emipelvectomia;
- 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.

**Articolo 14 - Massimale assicurato**
Tali spese verranno rimborsate **fino alla concorrenza di Euro 30.000** per ogni sinistro, entro il limite di **Euro 70.000 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.

**In caso di recidiva dell'infermità della 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.**

**Nel caso in cui il conto corrente sia intestato a più persone fisiche, o Società semplici e/o di fatto , il massimale assicurato è ridotto in proporzione al numero dei cointestatari o dei soci.**

**Se invece una medesima persona sia titolare di più conti correnti o appartenga ad un nucleo titolare di più conti correnti (anche cointestati) fermo il limite di Euro 30.000 per sinistro il limite per nucleo familiare si intende elevato ad Euro 100.000.**

**Articolo 15 - Criteri di indennizzabilità, Scoperti e Franchigie**
L'Assicurato/Aderente 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/Aderente, 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/Aderente, 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/Aderente, **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% sulle spese sostenute per ogni ricovero.**

**3)** La Compagnia, quando l'Assicurato/Aderente 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:

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

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

**Euro 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.**

### Articolo 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

### Articolo 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° Z064268**, 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.

### Articolo 18 - Limiti di età

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/Aderente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

### Articolo 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/Aderente, 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/Aderente (sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato/Aderente 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 parodontiopatie 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.).**

**Articolo 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/Aderente libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Assicurazione i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della 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/Aderente 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 della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice civile.;**
7. **a parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del C.C., all'Assicurato/Aderente che godesse di coperture analoghe a quelle della presente polizza 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 alla 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;
8. per qualsiasi richiesta di informazione, lamentela, contestazione, l'Assicurato/Aderente deve rivolgersi direttamente alla Compagnia , restando inteso che la Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione;
9. la Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.
10. per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.

**Articolo 21 - Persone non assicurabili**
**Premesso che la Compagnia, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato/Aderente fosse affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizzofrenici, 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 8 "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

### Articolo 22 - Denuncia dell'infortunio o della malattia - obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato/Aderente deve presentare denuncia sottoscritta alla Compagnia od all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato 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 adesione alla polizza;
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, la Compagnia procederà alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento al netto delle Franchigie previste.

L'Assicurato/Aderente, 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.**

### Articolo 23 - 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 Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato/Aderente o ai suoi eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione indicata nell'art. 22. delle Condizioni generali di assicurazione. La documentazione medica da fornire alla Compagnia, oltre alla 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 parcelle ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la **Compagnia effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle 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.

### Articolo 24 - 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.

Data ultimo aggiornamento: 01 Settembre 2019

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. I.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.0309.SET INFORMATIVO - ed. 09.2019

ZURICH®