

## DEFINIZIONI

La Zurich Insurance Company e l'Assicurato attribuiscono ai termini che sono indicati nella polizza il seguente significato:

**Assicurato:** è la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** è il contratto di assicurazione.

**Contraente:** è la persona che sottoscrive il contratto di assicurazione nell'interesse proprio e/o di altre persone.

**Compagnia:** è la Società Assicuratrice ovvero Zurich Insurance Company S.A..

**Day Hospital:** è la permanenza in un Istituto di Cura che garantisce la presenza continua di un medico o di un anestesista all'interno della struttura, ma che non comporta pernottamento e che prevede l'emissione di una cartella clinica.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato al verificarsi dell'evento garantito.

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

**Istituto di Cura:** struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

**Polizza:** è il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** è la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**Ricovero:** è la degenza presso un Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che comporti almeno un pernottamento.

**Rischio:** è la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

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

**Territorio italiano:** è quello della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

## DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (incluso l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione);
- per le patologie varicose e per il parto, dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è valida - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un

momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa sopra menzionati sono validi:

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

Quanto detto vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di validità di uno stesso contratto.

## CONDIZIONI GENERALI

razione 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 di altra persona, gli obblighi derivanti dalla polizza restano a carico del 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

**Validità Territoriale**

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

### Articolo 9

**Altre assicurazioni**

Colui che sottoscrive il contratto di assicurazione deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In caso di sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consentirà alla Compagnia di non corrispondere l'indennizzo.

Limitatamente al caso in cui la polizza sia stata stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

### Articolo 10

**Rinuncia alla rivalsa**

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o di coloro che hanno diritto a rivalersi su terzi responsabili per le indennità erogate in virtù del presente contratto.

### Articolo 11

**Rinvio alle norme di legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le norme di legge.

## ESCLUSIONI E LIMITI

### Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- le conseguenze dirette di infortuni, accaduti precedentemente alla stipulazione della polizza;
- le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza;
- eliminazione o correzione di difetti fisici, malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- infortuni conseguenti a delitti/atti dolosi dell'Assicurato;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- cura dell'A.I.D.S. e della sieropositività HIV;
- interruzione di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti;

n) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;

o) degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

p) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;

q) correzioni chirurgiche della miopia, dell'ipermetropia o dell'astigmatismo;

r) le cure dentarie e delle parodontopatie e le protesi quando non siano rese necessarie da infortunio.

Persono non assicurabili – Cessazione delle garanzie

La Compagnia non assicura le persone che al momento della stipulazione della polizza sono affette da alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, o sieropositività HIV, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici.

Qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'assicurazione cesserà alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – senza che in contrario possa essere preteso l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

Limiti di età

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

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Controversie – arbitro irrituale

La soluzione di eventuali controversie di tipo medico sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, è rinviata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, partecipando per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (sollevato da ogni formalità di legge) sono prese a maggioranza di voti e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi opposizione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle dispute 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Come si denuncia il sinistro

La denuncia del ricovero con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Compagnia o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro cinque giorni dal ricovero o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Come avviene l'indennizzo

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato dietro presentazione di cartelle cliniche, certificazioni mediche contenenti l'accertamento della malattia o la causa dell'infortunio.

L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire la visita di medici della Compagnia e qualsiasi indagine questi ritengano necessaria. Tutto ciò comporta lo scioglimento del segreto professionale dei medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Norme generali relative all'indennizzo

Qualora non ci sia immediato accordo tra le parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico previsto al successivo punto Controversie, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.