

Contratto di assicurazione
INVALIDITA' PERMANENTE da MALATTIA

Invalidita' Permanente da Malattia

Allianz 

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0008-237-014-31102014

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa comprensiva del Glossario;**
- **Condizioni di Assicurazione;**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Servizio Clienti



Nota Informativa

La presente Nota Informativa e' redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice

Allianz S.p.A., società controllata, tramite A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco (Germania)

Sede legale

Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

800.68.68.68 - www.allianz.it - info@allianz.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 3.671 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.420 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 357,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2013.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.allianz.it.

b Informazioni sul contratto

Rinnovo del contratto

AVVERTENZA: ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto offre una serie di prestazioni contro il rischio di Invalidità permanente a seguito di malattia. Si precisa che tale contratto può essere sottoscritto unicamente da chi è già cliente dell'Impresa e ha già stipulato una polizza Infortuni o Malattia.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 2.1 "Oggetto dell'assicurazione" e 2.4 "Invalidità permanente da malattia" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 1.1 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, 2.2 "Esclusioni" e 2.3 "Persone non assicurabili" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA e 3.2 "Continuità della garanzia" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia all'Articolo 2.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per

Nota Informativa

Invalidità permanente da malattia" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

Franchigia presente in polizza 25% assorbibile

Capitale assicurato = 100.000 euro

Invalidità Permanente da Malattia accertata = 20%

Nessun indennizzo per effetto della franchigia 25%

Capitale assicurato = 100.000 euro

Invalidità Permanente da Malattia accertata = 30%

Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia assorbibile del 25%" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 30% si liquidava il 10% del capitale assicurato)

Invalidità Permanente da Malattia indennizzata = il 10% di 100.000 euro = 10.000 euro.

4. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..

Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Questionario sanitario

AVVERTENZA: si rammenta la necessità di verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario e che le stesse rispondano al vero.

5. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 1.3 "Modifiche dell'assicurazione", 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE e 2.3 "Persone non assicurabili" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

Esemplificazione

Aggravamento

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" (ad esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza) comporta aggravamento di rischio.

Diminuzione

Data la natura della copertura assicurativa (Invalidità permanente da malattia) offerta dal contratto, non sono configurabili esemplificazioni di diminuzione del rischio.

6. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa al verificarsi del sinistro.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale nella misura del:

3% per frazionamento semestrale;

4% per frazionamento quadrimestrale;

5% per frazionamento trimestrale.

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

7. Adeguamento del Premio

Il premio viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come disciplinato nell'Articolo 3.3 "Ridefinizione del premio per età" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

Nota Informativa

8. Diritto di Disdetta e di Recesso

AVVERTENZA: nel contratto la regolamentazione del diritto di disdetta e di recesso varia a seconda della scelta effettuata dal Contraente/Assicurato in ordine alla durata del contratto stesso. Qui di seguito si riportano le differenti ipotesi di durata annuale o poliennale del contratto.

CONTRATTO DI DURATA ANNUALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, nei termini e con le modalità disciplinate all'articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto. **Al solo Assicurato** è riconosciuto il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità.

I termini e le modalità di esercizio di tali diritti sono disciplinate all'articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

9. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

11. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni.

Si precisa inoltre che è ammessa l'eventuale **detraibilità fiscale** del 100% del premio (comprensivo di imposte) **ai sensi della normativa vigente**.

Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri – pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, termini minimi e massimi entro i quali l'Impresa effettua l'accertamento della malattia, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 2.4 "Invalidità permanente da malattia", 2.5 "Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia" e 2.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA, 4.1 "Obblighi", 4.2 "Malattie progressivamente invalidanti" e 4.4 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e-mail: info@allianz.it**.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in

Nota Informativa

cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al Contraente/Assicurato stesso.

14. Arbitrato

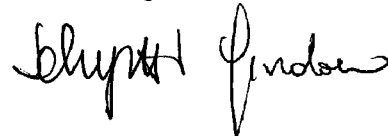
In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz S.p.A.

Lorella Sdrigotti Roberto Giordano



GLOSSARIO

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

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

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

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

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

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Si precisa che le Condizioni di assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dal Contraente/Assicurato, si precisa però che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione delle discipline ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dal Contraente/Assicurato e concordate con l'intermediario di riferimento.

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

GARANZIA BASE

3. OPERATIVITA'

4. IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(presente in polizza in caso di durata annuale)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze, che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 1.6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.7 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni", che si manifesti a carico dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di decorrenza della presente Polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate – anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto) – salvo quanto previsto dall'articolo "Continuità della garanzia";
- c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) derivanti da insurrezioni o da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non;
- h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIA BASE

Art. 2.4 - Invalidità permanente da malattia

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente derivante da Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della Polizza, ma non oltre la sua scadenza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia".

Art. 2.5 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:

- a) si considerano le sole conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata;
- b) qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardino sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata;
- c) nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia

Condizioni di assicurazione

denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo- funzionale. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa;

- d) la percentuale di Invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia e il grado di Invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dell'Assicurato;
- e) la somma assicurata per Invalidità permanente da Malattia, indicata nella Scheda di Polizza, rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente nell'intera durata contrattuale. Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non può essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 2.6 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Malattia in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia assorbibile del 25%

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
% I.P. da liquidare	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42
% I.P. accertata	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	≥66		
% I.P. da liquidare	44	46	48	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	96	100		

Franchigia del 66%

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 66% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Modalità di erogazione del capitale assicurato

Nel caso in cui, a seguito di Malattia indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Malattia di grado pari o superiore al 66% della totale – valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" – l'Assicurato ha la facoltà di chiedere all'Impresa la conversione del capitale per Invalidità permanente da Malattia in una rendita vitalizia immediata.

I coefficienti applicati dall'Impresa per la conversione di detto capitale in rendita e le relative condizioni contrattuali saranno quelli in vigore all'epoca del Sinistro.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con l'Impresa di specifica polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

Art. 3.2 - Continuità della garanzia

In deroga a quanto disposto dagli articoli "Esclusioni" e "Invalidità permanente da malattia", qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente riguardante gli stessi Assicurati e la stessa prestazione, la garanzia è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente Polizza e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, l'Indennità è valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente Polizza, sulla minore delle somme assicurate previste dai diversi contratti.

Art. 3.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda di Polizza viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella coefficienti per età".

Condizioni di assicurazione

Art. 3.4 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.5 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili della Malattia.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurazione pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione stessa.

Art. 4.2 - Malattie progressivamente invalidanti

In deroga a quanto previsto nel punto c) dell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" si precisa che, nel caso l'Invalidità permanente da Malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie qui di seguito indicate:

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile ai sensi dell'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" e la percentuale precedentemente indennizzata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Art. 4.3 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo tra questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Condizioni di assicurazione

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 4.4 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stata ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia in euro.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

B2 - Clausola Broker con riparto di Coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nella Scheda di Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;

che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;

l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito

Condizioni di assicurazione

consenso a quanto sopra convenutosi.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

ETA'	COEFFICIENTI	ETA'	COEFFICIENTI
1	0,170	33	0,570
2	0,170	34	0,610
3	0,170	35	0,660
4	0,170	36	0,700
5	0,170	37	0,740
6	0,170	38	0,830
7	0,170	39	0,910
8	0,170	40	1,000
9	0,170	41	1,090
10	0,170	42	1,180
11	0,180	43	1,330
12	0,190	44	1,500
13	0,200	45	1,680
14	0,210	46	1,830
15	0,220	47	1,980
16	0,240	48	2,200
17	0,250	49	2,440
18	0,260	50	2,670
19	0,270	51	2,880
20	0,280	52	3,100
21	0,290	53	3,450
22	0,300	54	3,740
23	0,310	55	4,060
24	0,320	56	4,510
25	0,330	57	4,770
26	0,370	58	5,160
27	0,390	59	5,550
28	0,430	60	5,860
29	0,450	61	6,200
30	0,470	62	6,680
31	0,490	63	7,000
32	0,530	64	7,460
		65	7,920