



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Invalidità permanente da malattia

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.

Per qualsiasi richiesta riguardante le prestazioni di assistenza, è necessario contattare preventivamente:

■  **800 069 841** in funzione 24 ore su 24

oppure il numero:

■ **+39 015 255 96 57** nel caso si trovi all'estero



Vittoria
Assicurazioni

Gentile Cliente,

grazie di aver scelto **Vittoria Assicurazioni**.

Con le nostre condizioni di assicurazione, abbiamo il piacere di illustrarle tutte le garanzie e i servizi che il nostro prodotto **Vittoria Invalidità Permanente da Malattia** è in grado di offrirle.

Chi entra nel mondo Vittoria Assicurazioni attraverso la sottoscrizione di una delle nostre soluzioni assicurative, come il prodotto **Vittoria Invalidità Permanente da Malattia**, non soltanto acquisisce un'assicurazione per la tutela della propria salute, ma il supporto e la consulenza di esperti professionisti del settore in grado di assistere al meglio i propri Clienti per ogni esigenza di carattere assicurativo.

Per tutte le risposte e gli approfondimenti sul prodotto **Vittoria Invalidità Permanente da Malattia** i nostri consulenti assicurativi presenti su tutto il territorio nazionale sono a sua disposizione.

Cordialmente

Vittoria Assicurazioni S.p.A.

All'interno delle condizioni di assicurazione, troverà alcuni box di consultazione aventi la stessa grafica utilizzata per il presente riquadro.

I box di consultazione sono degli appositi spazi che hanno lo scopo di chiarire, anche attraverso esempi, quanto contenuto nelle condizioni di assicurazione e/o di evidenziare punti su cui porre particolare attenzione.

Tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una semplificazione. Per questo motivo è bene tenere in considerazione le condizioni a cui si riferiscono.

Le frasi evidenziate graficamente tramite l'utilizzo di sfondo pieno tono su tono prevedono:

- oneri e obblighi di comportamento a carico del contraente e dell'assicurato;
- nullità e decadenze;
- operatività delle garanzie (limiti ed esclusioni).

Glossario	pag. 3
Il Contratto dalla A alla Z	pag. 5
1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	pag. 5
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	
1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	
1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	
1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI	
2 Come mi assicuro?	pag. 6
2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE	
2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO	
2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO	
2.4 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	
2.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	
2.6 IMPOSTE E TASSE	
2.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	
2.8 FORO COMPETENTE	
2.9 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE	
2.10 PRESCRIZIONE	
2.11 SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO	
2.12 MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO	
Oggetto del contratto	pag. 10
3 Cosa è assicurato?	pag. 10
SEZIONE MALATTIA	
3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	
3.2 CRITERI DI INDENNIZZO	
3.3 TABELLA PER IL CALCOLO DELL'INDENNIZZO	
3.4 PARAMETRI PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE	
3.5 CONTINUITÀ DELLA GARANZIA	
SEZIONE ASSISTENZA	
3.6 PRESTAZIONI "ASSISTENZA EXTRA"	
3.7 PRESTAZIONI "CONVALESCENZA E RIABILITAZIONE"	
3.8 PRESTAZIONI "IN VIAGGIO"	
3.9 PRESTAZIONI "SINGLE"	
3.10 PRESTAZIONI "FAMIGLIA"	
4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	pag. 21
4.1 OPZIONE RENDITA	
4.2 ASSICURAZIONE A CAPITALE FISSO PER CATEGORIE DI DIPENDENTI	
4.3 ASSICURAZIONE IN BASE A CAPITALI VARIABILI E REGOLATA DA MULTIPLI DI RETRIBUZIONE	
4.4 REGOLAZIONE DEL PREMIO	
4.5 ADEGUAMENTO DEGLI IMPORTI	
4.6 FRANCHIGIA 65%	

5 Cosa NON è assicurato?	pag. 25
5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE	
6 Ci sono limiti di copertura?	pag. 25
6.1 ESCLUSIONI SEZIONE MALATTIA	
6.2 ESCLUSIONI SEZIONE ASSISTENZA	
6.3 LIMITI DI INDENNIZZO	
Cosa fare in caso di Sinistro?	pag. 30
7 Gestione del Sinistro	pag. 30
7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	
7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	
7.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di sinistro	pag. 33
Appendice normativa	pag. 34

Glossario: guida alla comprensione del testo

I termini riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO" nelle presenti condizioni di assicurazione hanno il significato a loro attribuito di seguito.

LE PARTI:

- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- **SOCIETÀ:** Vittoria Assicurazioni S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **ANNO SOLARE:** periodo di 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che decorre dalla data di sottoscrizione della **POLIZZA** e termina il corrispondente giorno dell'anno successivo.
- **ASSICURATO:** il soggetto, indicato in **POLIZZA**, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **CONSUMATORE:** inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.
- **FRANCHIGIA:** importo contrattualmente pattuito che rimane a carico dell'**ASSICURATO** per ogni **SINISTRO**. Nello specifico per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** si intende la parte di danno che è esclusa dall'**INDENNIZZO**, espressa in percentuali di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.
- **GARANZIA/PRESTAZIONE:** è la copertura assicurativa sui **RISCHI** che regola le modalità di **INDENNIZZO** che la **SOCIETÀ** si impegna a corrispondere a seguito di un **SINISTRO**.
- **INDENNIZZO:** la somma dovuta all'**ASSICURATO** in caso di **SINISTRO**.
- **INFORTUNIO:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca, direttamente ed esclusivamente, lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
- **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (I.P.):** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di **MALATTIA**, della capacità dell'**ASSICURATO** di svolgere, in tutto o in parte, qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.
- **MAPFRE ASISTENCIA:** la Società per Azioni che gestisce il servizio di assistenza agli **ASSICURATI**.
- **POLIZZA/CONTRATTO:** il documento che prova l'assicurazione e regola i rapporti tra le **PARTI**.
- **PREMIO:** la somma dovuta dal **CONTRAENTE** alla **SOCIETÀ**.
- **RETRIBUZIONE:** tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente **ASSICURATO** effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della **RETRIBUZIONE** aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni,

i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, che risulti registrato nei libri amministrativi tenuti a norma di Legge dal **CONTRAENTE**. Si intende escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

- **RISCHIO:** la probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto, in grado di provocare conseguenze dannose.
- **SCOPERTO:** la parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **SEZIONE/I:** insieme di **GARANZIE** raggruppate in funzione dei **RISCHI** assicurati.
- **SINISTRO:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA:** la struttura di **MAPFRE ASISTENCIA** Italia - Strada Trossi, 66 – 13871, Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal **CONTRATTO**, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della **SOCIETÀ** al contatto con l'**ASSICURATO**, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in **POLIZZA**, con costi a carico della medesima **SOCIETÀ**.
- **SOMMA ASSICURATA:** somma massima per la quale la **SOCIETÀ** presta le coperture previste in **POLIZZA**.

Il Contratto dalla A alla Z

In questa parte sono contenute le norme che, ove non espressamente derogate, regolano il **CONTRATTO**. Il **CONTRATTO** è inoltre disciplinato dalle norme di legge applicabili. Nell'Appendice Normativa è riportato il testo integrale degli articoli citati nelle Condizioni di Assicurazione ed applicabili al **CONTRATTO**.

1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

Sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi che sono contrattualmente previsti per **CONTRAENTE/ASSICURATO** e **SOCIETÀ**.

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **CONTRAENTE** sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del **RISCHIO**, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO** e la cessazione dell'assicurazione¹.

Cosa si intende per "RISCHIO"?

Come riportato nel Glossario del presente **CONTRATTO**, in ambito assicurativo viene definito **RISCHIO** la probabilità che si verifichi un evento futuro e incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Ad esempio, rientra nella definizione di **RISCHIO** la probabilità che l'**ASSICURATO** contragga una **MALATTIA**.

1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se il **CONTRAENTE** ha sottoscritto diversi contratti assicurativi per i medesimi **RISCHI** coperti dalla presente **POLIZZA**, deve darne comunicazione alla **SOCIETÀ**.

Se il **CONTRAENTE**, infatti, omette dolosamente di dare tale comunicazione, la **SOCIETÀ** non è tenuta a corrispondere l'**INDENNIZZO**.

La **SOCIETÀ**, entro 30 giorni dalla comunicazione suindicata, può recedere dalla **POLIZZA** con preavviso di almeno 15 giorni e restituisce al **CONTRAENTE** la quota di **PREMIO** pagata e non goduta.

In caso di **SINISTRO**, il **CONTRAENTE** deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri².

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla **POLIZZA** devono essere adempiuti dal **CONTRAENTE**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**ASSICURATO**³.

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta da parte dell'**ASSICURATO** con lettera raccomandata

¹ Articoli 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile

² Articolo 1910 del Codice Civile

³ Articolo 1891 del Codice Civile

o PEC all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** o alla **SOCIETÀ** ai seguenti indirizzi:

- Vittoria Assicurazioni S.p.a., Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano;
- vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.

2 Come mi assicuro?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le condizioni operative secondo le quali la **SOCIETÀ** assicura le prestazioni e garanzie offerte dal presente **CONTRATTO**.*

2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE

La prima rata di **PREMIO** o l'eventuale **PREMIO** unico pattuito devono essere pagati alla consegna della **POLIZZA**.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede della **SOCIETÀ**.

Le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste.

La **SOCIETÀ** rilascia quietanza contenente data del pagamento e firma della persona autorizzata a riscuotere il **PREMIO**.

Se il **CONTRAENTE** ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit⁴, le modalità di pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato al **CONTRATTO** "SEPA Direct Debit".

Se il **CONTRAENTE** ha optato per l'addebito continuativo su carta di credito, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "Pagamento frazionato del premio tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito", che forma parte integrante del **CONTRATTO**.

La sottoscrizione della **POLIZZA** (indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future) impegna il **CONTRAENTE** a mantenere in vita la **POLIZZA** stessa per tutta la durata pattuita e a pagare il **PREMIO** o le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente articolo 1.2. "ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI".

2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui è sottoscritta la **POLIZZA** se il **PREMIO** è stato pagato, a meno che la **POLIZZA** stabilisca una data successiva.

In caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Le rate successive alla prima possono essere pagate entro il 15° giorno dalla scadenza, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del **PREMIO**, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite⁵.

Per i contratti poliennali:

- la **SOCIETÀ** può prevedere frazionamenti del **PREMIO** diversi da quello mensile (per esempio, al posto di rate mensili prevedere rate annuali);
- la **SOCIETÀ** può esercitare questa facoltà ad ogni scadenza di **ANNO SOLARE** comunicando tale intenzione al **CONTRAENTE** almeno 60 giorni prima della suddetta scadenza.

⁴ Consistente nell'addebito automatico su conto corrente

⁵ Articolo 1901 del Codice Civile

In tal caso il **CONTRAENTE** può recedere dal **CONTRATTO** comunicando il recesso alla **SOCIETÀ** almeno 15 giorni prima della scadenza dell'**ANNO SOLARE**.

2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO

Il **CONTRATTO** può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Se la durata della **POLIZZA** è superiore a cinque anni, il **CONTRAENTE**, trascorso il quinquennio, può recedere dal **CONTRATTO** con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità in cui ha esercitato il recesso.

La **POLIZZA** di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle **PARTI**, è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

La disdetta deve essere data, nelle forme indicate all'art. 1.4 "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**", almeno 30 giorni prima della scadenza della **POLIZZA** se il **CONTRATTO** è stipulato con un **CONSUMATORE**, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo (se non **CONSUMATORE**, 60 giorni prima della scadenza della **POLIZZA**).

2.4 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ad ogni scadenza annuale, ferma la concessione dello sconto legato alla maggior durata in caso di **POLIZZA** poliennale, la **SOCIETÀ** ha la facoltà di modificare il **PREMIO** della presente **POLIZZA**, in aggiunta a quanto previsto dall'art. 4.5 "**ADEGUAMENTO GARANZIA**".

La variazione di **PREMIO** è evidenziata sulla quietanza rilasciata al **CONTRAENTE** che, pagando il **PREMIO** così modificato, acconsente al rinnovo del **CONTRATTO** alle nuove condizioni.

Se il **CONTRAENTE** non accetta le nuove condizioni di **PREMIO**, astenendosi dal pagamento, l'assicurazione cesserà automaticamente dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e si intenderà risolta senza alcuna formalità.

2.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, se il **CONTRATTO** è stipulato da un **CONSUMATORE**, il **CONTRAENTE** può recedere dal **CONTRATTO** nei 14 giorni successivi al perfezionamento della **POLIZZA** avvenuto con il pagamento del **PREMIO**, tramite richiesta scritta da inviare nelle modalità previste dall'articolo 1.4 "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**".

In tal caso la **SOCIETÀ** trattiene la quota parte di **PREMIO** relativa al periodo in cui il **CONTRATTO** ha avuto effetto.

Cosa si intende per "tecnica di comunicazione a distanza"?

Si intende qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del **CONTRAENTE** (ad esempio internet), viene utilizzata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

2.6 IMPOSTE E TASSE

Il **PREMIO** è comprensivo di imposte ed oneri fiscali in vigore ed è a carico del **CONTRAENTE**.

2.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dalle presenti disposizioni contrattuali, valgono le norme di legge.

2.8 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative a questo **CONTRATTO**, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del **CONTRAENTE**.

2.9 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Per tutte le controversie nascenti, o comunque collegate a questo **CONTRATTO**, per le quali non è stato possibile raggiungere una soluzione amichevole, prima di promuovere un giudizio è obbligatorio effettuare un tentativo di mediazione⁶.

L'Organismo di mediazione prescelto potrebbe prevedere la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line).

In ogni caso la **PARTE** richiedente si impegna:

- ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del **SINISTRO**, numero della **POLIZZA**), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla **SOCIETÀ** della relativa istanza: **mediazione@pec.vittoriaassicurazioni.it**;
- a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà il regolamento di mediazione dell'Organismo.

Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

2.10 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle prestazioni e garanzie della **POLIZZA** si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda⁷.

2.11 SOSTITUZIONE E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Le eventuali modifiche del **CONTRATTO** devono essere provate per iscritto.

⁶ In base al disposto dell'Art.5 Condizione di procedibilità e rapporti con il processo" del DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2010 N°28 e successive modifiche. Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente.

Se il **CONTRATTO** è stato stipulato con un **CONSUMATORE**, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo dell'**ASSICURATO**. La **PARTE** che viene chiamata in mediazione (sia la **SOCIETÀ**, sia l'**ASSICURATO**) può anche non partecipare alla procedura di mediazione, comunicando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la mancata partecipazione. Al tentativo di mediazione si applicherà il regolamento, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

⁷ Articolo 2952 del Codice Civile.

2.12 MODALITA' DI CALCOLO DEL PREMIO

Al momento della stipulazione, il **PREMIO** è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**. Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base ai coefficienti riportati nella seguente tabella, per tener conto dell'incremento di età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**.

RIQUADRO DEI COEFFICIENTI PER ETÀ							
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	-	18	0,0130	35	0,0741	52	0,0506
2	-	19	0,0128	36	0,0690	53	0,0482
3	-	20	0,0127	37	0,0645	54	0,0460
4	-	21	0,0125	38	0,0606	55	0,0440
5	-	22	0,0123	39	0,0571	56	0,0421
6	-	23	0,0122	40	0,0541	57	0,0404
7	-	24	0,0120	41	0,0769	58	0,0485
8	-	25	0,0119	42	0,0714	59	0,0463
9	-	26	0,0118	43	0,0667	60	0,1504
10	-	27	0,0116	44	0,0625	61	0,1538
11	0,0143	28	0,0115	45	0,0588	62	0,1333
12	0,0141	29	0,0795	46	0,0556	63	0,1176
13	0,0139	30	0,0526	47	0,0877	64	0,1053
14	0,0137	31	0,0500	48	0,0645		
15	0,0135	32	0,0952	49	0,0606		
16	0,0133	33	0,0870	50	0,0714		
17	0,0132	34	0,0800	51	0,0533		

Tali coefficienti (moltiplicati per cento) esprimono l'aumento percentuale del **PREMIO** annuo lordo da applicare al **PREMIO** della precedente scadenza anniversaria.

Fermo quanto previsto all'art. 4.5 "ADEGUAMENTO DEGLI IMPORTI".

L'aumento di **PREMIO** così calcolato risulterà nel documento di quietanza che a ogni scadenza anniversaria e fino alla scadenza finale di **POLIZZA** la **SOCIETÀ** presenterà al **CONTRAENTE**.

Nessun aumento di **PREMIO** è dovuto in caso di aggravamento dello stato di salute degli **ASSICURATI** determinatosi successivamente alla stipulazione della **POLIZZA**.

Se presente in **POLIZZA** la Sezione Assistenza, il **PREMIO** di quest'ultima non varierà alle scadenze anniversarie successive alla stipulazione.

2.13 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è operante per le persone identificate in **POLIZZA**.

L'assicurazione, per le nuove persone per le quali il **CONTRAENTE** e la **SOCIETÀ** concordano che siano prestate le **GARANZIE**, decorre dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della relativa appendice contrattuale (firma dell'appendice e pagamento del **PREMIO** dovuto).

La cessazione dell'assicurazione relativa ai singoli **ASSICURATI**, non contemporanea all'inclusione in garanzia di altri **ASSICURATI**, dà luogo a corrispondente riduzione di **PREMIO** soltanto a partire dalla scadenza anniversaria successiva alla data di comunicazione.

Oggetto del Contratto

3 Cosa è assicurato?

In questa illustrate nel dettaglio le **GARANZIE** delle **SEZIONI** "Malattia" e "Assistenza", valide solo se richiamate in **POLIZZA**.

SEZIONE MALATTIA

3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La **SOCIETÀ** garantisce all'**ASSICURATO** indicato in **POLIZZA** il pagamento di un **INDENNIZZO** a seguito di **INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **MALATTIA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 6 "Ci sono limiti di copertura?"

Sono oggetto della presente **POLIZZA** le **MALATTIE** manifestatesi non oltre un anno dalla scadenza della copertura assicurativa e che:

- siano insorte successivamente alla data di decorrenza della copertura, oppure
- siano insorte precedentemente alla data decorrenza della copertura, purchè non conosciute dall'**ASSICURATO**, oppure
- abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi precedentemente alla data di decorrenza della copertura, purché dichiarate dall'**ASSICURATO** nel "Questionario Sanitario" e non esplicitamente escluse a termini di **POLIZZA** o con specifico atto contrattuale.

Il grado (percentuale) di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è accertato in base ai criteri illustrati nei successivi articoli 3.2 "CRITERI DI INDENNIZZO" e 3.4 "PARAMETRI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE".

L'**INDENNIZZO** è calcolato in funzione del grado (percentuale) di **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertato, secondo quanto riportato nell'articolo 3.4 "TABELLA PER IL CALCOLO DELL'INDENNIZZO".

L'assicurazione vale in tutto il mondo, fermo restando che la valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** e la liquidazione del danno vengono effettuate in Italia in valuta corrente.

3.2 CRITERI DI INDENNIZZO

La **SOCIETÀ** corrisponde l'**INDENNIZZO** per le conseguenze dirette causate dalla singola **MALATTIA** denunciata.

Pertanto, nei casi di preesistenti mutilazioni o **DIFETTI FISICI**, l'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** è liquidato per le sole conseguenze dirette della **MALATTIA**, come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito all'articolo 3.1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE" per dette patologie preesistenti e all'articolo 5.1 "PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE" per le persone non assicurabili.

Sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili:

- l'influenza che la **MALATTIA** può avere esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;

- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle menomazioni prodotte dalla **MALATTIA**.

3.3 TABELLA PER IL CALCOLO DELL'INDENNIZZO

La percentuale da applicare alla **SOMMA ASSICURATA** per calcolare l'**INDENNIZZO** è determinata in base alla tabella di seguito riportata.

Fasce	Grado di invalidità permanente accertato in base ai criteri di cui all'art.3.3	Corrispondenti percentuali da applicare alla somma assicurata
Prima fascia	inferiore al 25%	Zero
Seconda fascia	dal 25% al 34%	15%
Terza fascia	dal 35% al 44%	30%
Quarta fascia	dal 45% al 54%	45%
Quinta fascia	dal 55% al 64%	60%
Sesta fascia	dal 65% al 74%	70%
Settima fascia	superiore al 74%	100%

3.4 PARAMETRI PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE

a) Sistema nervoso centrale

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione":

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Tabella 1

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: - il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: - il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;	- il soggetto non può prendere cura di se stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;	- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;	- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;	- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

b) Apparato cardio-vascolare

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti ecc., verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione":

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
 - Classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - Classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo.

Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;

- pressione arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Tabella 2

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: - soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: - soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia antiipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antiipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;	
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	

c) Apparato respiratorio

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai

seguenti "Criteri di valutazione":

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC.

Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Tabella 3

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia comportano un'alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;	I postumi della malattia comportano un'alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;	- FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1/ FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure la PaO ₂ inferiore all'80% del valore teorico.	- FVC 1/ FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA; oppure la PaO ₂ inferiore al 65% del valore teorico.

d) Apparato digerente

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le **MALATTIE** ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione"

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Tabella 4

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche	ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali
e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico	e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico
e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.	

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo</p>	<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo</p>
e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.	e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica
	e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.
<p>FEGATO</p> <p>I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica</p>	<p>FEGATO</p> <p>Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica</p>
e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica	e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica
e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.	e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

e) Apparato urinario

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione":

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Tabella 5

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min.
oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg) senza adeguata terapia	oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg) non controllata da adeguata terapia
oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

f) Sistema endocrino

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le **MALATTIE** delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione":

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Tabella 6

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

g) Sistema ematopoietico e linfatico

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri esposti in tabella 7:

Tabella 7

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml, non necessita di emotrasfusioni	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia	oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure leucemia linfatica cronica in 1° stadio	oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.
oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	

h) Malattie neoplastiche

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano verranno valutati in base ai seguenti "Criteri di valutazione":

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

In riferimento alla prognosi occorre considerare che:

- a) se la **MALATTIA** neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto;
- b) se la **MALATTIA** neoplastica, decorsi anche soltanto tre mesi dalla denuncia del **SINISTRO**, determini una prognosi, accertata contrattualmente, a breve termine sfavorevole per la vita dell'**ASSICURATO** medesimo, perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà corrisposta una somma, a titolo forfettario di rimborso per spese mediche, oppure per mancato guadagno, per assistenza, o per quant'altro possa necessitare all'**ASSICURATO** ancora in vita.

Tale speciale **INDENNIZZO** forfettario ammonterà a 1/3 della somma assicurata e verrà corrisposto entro 15 giorni da quello della prognosi.

Decorsi 180 giorni dalla data di detto pagamento, all'**ASSICURATO** ancora in vita verrà corrisposto un 2° **INDENNIZZO** speciale, anche in questo caso pari a 1/3 della somma assicurata.

Dopo ulteriori 180 giorni dalla data del 2° pagamento, all'**ASSICURATO** ancora in vita verrà corrisposto un ulteriore ed ultimo importo pari a 1/3 della somma assicurata.

Il criterio sopra esposto si intende operante anche se l'**ASSICURATO** ha optato per l'"Opzione rendita" di cui all'art. 4.1.

Nei casi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** non specificati nelle tabelle da a) ad h) di cui sopra, il grado di **INVALIDITÀ** è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle stesse, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO**.

3.5 CONTINUITÀ DELLA GARANZIA

In deroga di quanto previsto dagli articoli 3.1 "OGGETTO DELLA COPERTURA" e 6.1 "ESCLUSIONI SEZIONE MALATTIA", se la **POLIZZA** è stata emessa in sostituzione, senza interruzione della copertura, di altra **POLIZZA** stipulata con la **SOCIETÀ'** per lo stesso **RISCHIO** e riguardante gli stessi **ASSICURATI**, la **GARANZIA** vale per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **MALATTIA** insorta nel precedente **CONTRATTO** e manifestatasi:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la **POLIZZA** sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- in ogni caso non oltre un anno dalla scadenza della copertura assicurativa della **POLIZZA** sostituita.

Tale norma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso **CONTRATTO**.

SEZIONE ASSISTENZA

La sezione Assistenza è operante se richiamata in **POLIZZA**.

Ogni **PRESTAZIONE** di seguito indicata deve essere preventivamente richiesta alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

3.6 PRESTAZIONI "ASSISTENZA EXTRA"

• INFORMAZIONI SANITARIE

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, su semplice richiesta telefonica dell'**ASSICURATO**, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

• CONSIGLI MEDICI TELEFONICI GENERICI E SPECIALISTICI

Se l'**ASSICURATO** necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'**ASSICURATO**.

• ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO L'ISTITUTO DI CURA

Se a seguito di **MALATTIA**, che causa **INVALIDITÀ PERMANENTE**, l'**ASSICURATO**, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà al suo reperimento.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo della prestazione fornita dall'infermiere, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

• INVIO DI MEDICINALI URGENTI

Se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** l'**ASSICURATO** necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Restano a carico dell'**ASSICURATO** i costi dei prodotti medicinali.

• RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI (IN ITALIA)

Qualora l'**ASSICURATO** debba sottoporsi, in seguito a **MALATTIA**, che causi **INVALIDITÀ PERMANENTE**, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'**ASSICURATO**. Restano a

carico dell'**ASSICURATO** i costi della visita/accertamento.

• **TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA DOPO IL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Se l'assicurato, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a inviarla direttamente.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi del trasporto, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

• **TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulta curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, previa analisi del quadro clinico dell'**ASSICURATO** e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'**ISTITUTO DI CURA** italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'**ASSICURATO**;
- organizzare il trasporto dell'**ASSICURATO** con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
- aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'**ASSICURATO** durante il trasporto con personale medico o paramedico, ove necessario.

• **RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO**

Quando l'assicurato, a seguito **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, in conseguenza della **PRESTAZIONE** "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà al suo rientro, presso il luogo di residenza, con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei)
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

3.7 PRESTAZIONI "CONVALESCENZA E RIABILITAZIONE"

• **INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO (IN ITALIA)**

Se l'**ASSICURATO**, nelle due settimane successive al rientro dal **RICOVERO**, necessita di essere assistito da un infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà al suo reperimento.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi della prestazione fornita dall'infermiere, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

• INVIO DI UN FISIOTERAPISTA (IN ITALIA)

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di una **MALATTIA** o di un **INFORTUNIO**, indipendentemente da **RICOVERO** e/o **INTERVENTO CHIRURGICO**, necessita di essere assistito da un fisioterapista, la **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi della prestazione fornita dal fisioterapista, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "*Ci sono limiti di copertura?*".

• FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO CHIRURGICHE (IN ITALIA)

Se, a seguito di **MALATTIA**, che causi invalidità permanente, si rendano necessarie all'**ASSICURATO** una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito,

la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**ASSICURATO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi del comodato d'uso, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "*Ci sono limiti di copertura?*".

3.8 PRESTAZIONI "IN VIAGGIO"

• VIAGGIO DI UN FAMILIARE E SPESE DI SOGGIORNO (IN ITALIA)

Se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** l'**ASSICURATO** necessita di un ricovero in un **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**ASSICURATO** ricoverato. La **SOCIETÀ** terrà a proprio carico il relativo costo.

Se l'**ASSICURATO** necessita di assistenza personale, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi dell'albergo, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "*Ci sono limiti di copertura?*".

• ANTICIPO SPESE MEDICHE (IN ITALIA)

Se l'**ASSICURATO** deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** anticipa, per conto dell'**ASSICURATO**, il pagamento delle fatture a esse relative.

L'**ASSICURATO** deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e successivamente deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

• RIENTRO SANITARIO (ANCHE DALL'ESTERO)

Se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** le condizioni dell'**ASSICURATO**, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia, o alla sua residenza in Italia, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente, e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);

- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** e le spese relative restano a carico della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se l'**ASSICURATO** è rientrato a spese della **SOCIETÀ**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ha diritto di richiederli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, etc. non utilizzato.

• RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI (ANCHE DALL'ESTERO)

In caso di rientro sanitario dell'**ASSICURATO** in base alle condizioni previste nella **PRESTAZIONE** "rientro sanitario", se le persone in viaggio con l'**ASSICURATO**, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

3.9 PRESTAZIONI "SINGLE"

• INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE (IN ITALIA)

Se l'**ASSICURATO** convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a inviare presso il domicilio dell'**ASSICURATO** un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi della prestazione fornita dall'infermiere, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

3.10 PRESTAZIONI "FAMIGLIA"

• BABY SITTER PER MINORI (IN ITALIA)

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, viene ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, oppure, a seguito di un ricovero in **ISTITUTO DI CURA** è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15anni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

• COLLABORATRICE FAMILIARE (IN ITALIA)

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la **STRUTTURA**

ORGANIZZATIVA segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può attivare le seguenti opzioni, operative se espressamente richiamate in **POLIZZA**, valide entro la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA**, ferme le esclusioni e gli eventuali **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** previsti nell'articolo 6 "Ci sono limiti di copertura?".

OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

4.1 OPZIONE RENDITA

La **SOCIETÀ**, in caso di **SINISTRO** liquidabile a termini di **POLIZZA**, provvederà a:

- corrispondere all'**ASSICURATO** il 10% della somma determinata secondo i criteri contenuti nella Tabella di cui all'articolo 3.4 "TABELLA PER IL CALCOLO DELL'INDENNIZZO";
- garantire all'**ASSICURATO** una rendita vitalizia mediante l'emissione di una **POLIZZA** vita sulla sua testa ed a suo favore, il cui **PREMIO** al lordo di imposte corrisponderà alla restante parte (90%) della somma che gli spetta.

La rendita avrà decorrenza dalla data di pagamento della somma indicata e sarà corrisposta in rate posticipate secondo la rateazione scelta dall'**ASSICURATO**.

In caso di morte dell'**ASSICURATO** nel corso di godimento di tale rendita nulla sarà più dovuto dalla **SOCIETÀ**.

L'importo delle rate di rendita sarà determinato in base al sesso e all'età dell'**ASSICURATO** e mediante l'applicazione della tariffa vita in quel momento in vigore.

Qualora l'indennità liquidabile sia inferiore a Euro 50.000 è facoltà dell'**ASSICURATO** di ottenere il pagamento integrale del capitale stesso.

4.2 ASSICURAZIONE A CAPITALE FISSO PER CATEGORIE DI DIPENDENTI (attivabile solo per **CONTRAENTE** persona giuridica)

Con tale copertura si assicura il personale che, al momento del **SINISTRO**, risulta alle dipendenze del **CONTRAENTE** e che svolge l'attività professionale indicata in **POLIZZA**.

La **SOMMA ASSICURATA**, indicata in **POLIZZA**, è fissa ed è riferita ad un singolo **ASSICURATO**.

Il **CONTRAENTE** è esonerato dall'obbligo di:

- dichiarare le generalità dei singoli **ASSICURATI** in fase di stipula della **POLIZZA**;
- comunicare alla **SOCIETÀ** le **MALFORMAZIONI** e i postumi di pregresse **MALATTIE** gravi e permanenti delle quali gli **ASSICURATI** fossero affetti al momento della stipula della **POLIZZA**, o che dovessero in seguito sopravvenire.

Gli **ASSICURATI** sono esonerati dalla compilazione e sottoscrizione del "Questionario Sanitario".

L'assicurazione è operante in base alla dichiarazione del **CONTRAENTE** sul numero di persone assicurate al momento della stipulazione della **POLIZZA**. Tale numero è utilizzato per il calcolo del **PREMIO** iniziale.

Alla fine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del **PREMIO** nei modi, nei termini e con gli effetti previsti dall'articolo 4.4 "**REGOLAZIONE DEL PREMIO**", tenendo conto che il **PREMIO** iniziale anticipato è considerato premio minimo comunque dovuto alla **SOCIETA'** per ciascun anno assicurativo o periodo minore.

Per l'identificazione degli **ASSICURATI** e per il calcolo del **PREMIO** si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del **CONTRAENTE**, il quale si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla **SOCIETA'** di fare accertamenti e controlli.

4.3 ASSICURAZIONE IN BASE A CAPITALI VARIABILI E REGOLATA DA MULTIPLI DI RETRIBUZIONE (attivabile solo per CONTRAENTE persona giuridica)

L'assicurazione vale per il personale che al momento del **SINISTRO** risulta alle dipendenze del **CONTRAENTE** e che svolge l'attività professionale indicata in **POLIZZA**.

La **SOMMA ASSICURATA** di ciascun dipendente è un multiplo della sua **RETRIBUZIONE** annua. Il multiplo della **RETRIBUZIONE** è indicato in **POLIZZA**.

Il **CONTRAENTE** è esonerato dall'obbligo di:

- di dichiarare le generalità dei singoli **ASSICURATI** in fase di stipula della **POLIZZA**;
- comunicare alla **SOCIETA'** le **MALFORMAZIONI** e i postumi di pregresse **MALATTIE** gravi e permanenti delle quali gli **ASSICURATI** fossero affetti al momento della stipula della **POLIZZA**, o che dovessero in seguito sopravvenire.

Gli **ASSICURATI** sono esonerati dalla compilazione e sottoscrizione del "Questionario Sanitario".

L'assicurazione è operante in base alla dichiarazione del **CONTRAENTE** sull'importo complessivo delle **RETRIBUZIONI** dei dipendenti al momento della stipulazione della **POLIZZA**.

In caso di **SINISTRO**, per la determinazione dell'**INDENNIZZO**, si utilizza il multiplo della **RETRIBUZIONE** percepita dall'**ASSICURATO** nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato il **SINISTRO**. L'importo del multiplo della **RETRIBUZIONE** non potrà superare il valore massimo indicato in **POLIZZA**.

Per gli **ASSICURATI** che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata **RETRIBUZIONE** annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la **RETRIBUZIONE** media giornaliera attribuibile all'**ASSICURATO** per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno del **SINISTRO**, considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. Si intendono comprese le somme relative a **RETRIBUZIONI** non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia stato abitualmente conteggiato, o sarà conteggiabile, il **PREMIO** di assicurazione.

Alla fine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del **PREMIO** nei modi, nei termini e con gli effetti previsti dall'articolo 4.4 "**REGOLAZIONE DEL PREMIO**", tenendo conto che il **PREMIO** iniziale anticipato è considerato **PREMIO** minimo comunque dovuto alla **SOCIETA'** per ciascun anno assicurativo o periodo minore.

4.4 REGOLAZIONE DEL PREMIO

(valida se attivata opzione “ASSICURAZIONE A CAPITALE FISSO PER CATEGORIE DI DIPENDENTI” o “ASSICURAZIONE IN BASE A CAPITALI VARIABILI E REGOLATA DA MULTIPLI DI RETRIBUZIONE”)

Se il **PREMIO** è calcolato, in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in **POLIZZA**, ed è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del **PREMIO** ed indicati in **POLIZZA**.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata della **POLIZZA**, il **CONTRAENTE** deve fornire per iscritto alla **SOCIETA'** i dati necessari e cioè, a seconda del caso, l'indicazione:

- dell'ammontare delle **RETRIBUZIONI** effettivamente erogate per ciascuna categoria di personale assicurato;
- degli altri elementi variabili (numero assicurati, numero giornate assicurate, numero di presenze lavorative, etc.) previsti in **POLIZZA** per il conteggio del **PREMIO**.

Se il **CONTRAENTE** non effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, la **SOCIETA'** liquiderà i **SINISTRI** non ancora indennizzati e accaduti nell'annualità soggetta alla regolazione del **PREMIO**, detraendo per ogni **SINISTRO** una **FRANCHIGIA**, come indicato all'articolo 6.3 “**LIMITI DI INDENNIZZO**”.

Non è operativa la disposizione del presente articolo sull'applicazione della **FRANCHIGIA** nel caso di comunicazione tardiva dei dati, a condizione che la stessa sia corredata della documentazione probatoria necessaria e che da tale documentazione non emergano differenze attive a favore della **SOCIETA'**.

Se il **CONTRAENTE** effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, potranno verificarsi le seguenti ipotesi:

- se, in base agli elementi comunicati, risulta un credito a favore del **CONTRAENTE**, la **SOCIETA'** restituirà l'importo dovuto al netto delle imposte versate;
- se, invece, risulta un credito a favore della **SOCIETA'**, il **CONTRAENTE** è tenuto al pagamento della somma dovuta, comprensiva delle imposte.

In ogni caso, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi a quello della richiesta.

Qualora il **CONTRAENTE** non effettui il pagamento della somma dovuta a titolo di regolazione del premio, la **SOCIETA'**, trascorso tale termine ed a condizione che il **CONTRAENTE** abbia pagato il premio minimo stabilito per l'annualità in corso, liquiderà i danni sui **SINISTRI** accaduti nella nuova annualità assicurativa in misura proporzionale al rapporto tra:

- il premio anticipato in via provvisoria
e
- la somma del premio anticipato in via provvisoria e l'importo risultante a credito della **SOCIETA'** per effetto della regolazione del **PREMIO**.

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del **PREMIO** minimo anticipato, tale **PREMIO** viene rettificato dalla **SOCIETA'** a partire dalla prima scadenza annuale successiva a quella di detta regolazione e fino ad un importo pari al 75% dell'ultimo **PREMIO** consuntivo. La somma dovuta alla **SOCIETA'** a titolo di **PREMIO** minimo in nessun caso potrà essere inferiore all'importo indicato sul simple di **POLIZZA**.

Il mancato pagamento del **PREMIO** minimo stabilito comporta la sospensione della garanzia assicurativa⁸.

La **SOCIETA'** ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati che costituiscono base di conteggio del premio ed il **CONTRAENTE** è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

OPZIONE CON AUMENTO DI PREMIO

4.5 ADEGUAMENTO DEGLI IMPORTI

Fatto salvo quanto previsto all'articolo 2.12 "*CALCOLO DEL PREMIO*", la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** delle **GARANZIE** della sezione **MALATTIA** sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali degli indici dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati", pubblicati dall'ISTAT.

L'adeguamento avviene in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni **ANNO SOLARE** sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione, in più o in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le somme assicurate ed il premio saranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al **CONTRAENTE** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad esempio:

Data di effetto della POLIZZA: 1/12/2020

Data scadenza POLIZZA: 1/12/2021

Indice ISTAT rilevato a giugno 2020: 100

Indice ISTAT rilevato a giugno 2021: 102

Variazione indice ISTAT tra giugno 2020 e giugno 2021: +2%

	1/12/2020	1/12/2021
SOMMA ASSICURATA	€ 100.000	€ 102.000
PREMIO	€ 500	€ 510

Se, in conseguenza delle variazioni degli indici, la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe le **PARTI** hanno facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tale caso la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Se la variazione dell'indice comporta una **SOMMA ASSICURATA** superiore a 600.000 euro l'adeguamento della **GARANZIA** cesserà di essere operante, restando inteso che la **SOMMA ASSICURATA** ed il relativo **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato (**SOMMA ASSICURATA** inferiore a 600.000 euro).

In caso di eventuale ritardo o interruzione nella pubblicazione degli indici, la **SOCIETA'** proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

⁸ Articolo 1901 del Codice Civile

Mancando l'accordo l'adeguamento sarà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria.

OPZIONE CON RIDUZIONE DI PREMIO

4.6 FRANCHIGIA 65%

In sostituzione della tabella di cui all'art. 3.3 "TABELLA PER IL CALCOLO DELL'INDENNIZZO", nessun **INDENNIZZO** spetta all'**ASSICURATO** quando il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è inferiore o pari al 65%.

Se il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è superiore al 65%, verrà corrisposto il 100% della **SOMMA ASSICURATA**.

5 Cosa NON è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative.*

5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili:

a) le persone di età superiore a 65 anni.

Per le persone che raggiungono tale età in corso di **POLIZZA** - salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale - l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine;

b) indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

La sopravvenienza in corso di **POLIZZA** delle predette situazioni a carico dell'**ASSICURATO** costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione.

In tal caso la **SOCIETÀ'** restituisce al **CONTRAENTE** la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la **SOCIETÀ'** ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il **PREMIO** stesso.

6 Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è operante la garanzia, nonché a **FRANCHIGIE** e limiti di **INDENNIZZO** previsti dal **CONTRATTO**.*

6.1 ESCLUSIONI SEZIONE MALATTIA

L'assicurazione non comprende:

a) le conseguenze di **MALATTIE** che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza.

Limitatamente alle coperture prestate in forma nominativa, tali eventi si intendono esclusi qualora siano sottaciuti alla **SOCIETÀ'** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese in garanzia le patologie dichiarate sul Questionario Sanitario e

- non esplicitamente escluse a termini di polizza o con specifico atto contrattuale;
- b) invalidità permanente conseguente a **DIFETTI FISICI** e **MALFORMAZIONI** che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**;
 - c) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad “esaurimento nervoso”;
 - d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
 - e) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
 - f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - g) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - h) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
 - i) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), b), si applicheranno dalla data della variazione del **CONTRATTO**. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto..

Relativamente alla garanzia 4.1“Opzione rendita”, in caso di morte dell'**ASSICURATO** nel corso di godimento di tale rendita, nulla sarà più dovuto dalla **SOCIETÀ**.

Non rientra nell'oggetto della presente copertura assicurativa per **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** alcun **INDENNIZZO** per il caso di morte dell'**ASSICURATO**.

6.2 ESCLUSIONI SEZIONE ASSISTENZA

La copertura non è operante per i **SINISTRI** provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo o colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- suicidio o tentato suicidio;
- **INFORTUNI** derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli **INFORTUNI** sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- **MALATTIE** nervose e mentali, insorte anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA** e già conosciute dall'**ASSICURATO** (**MALATTIE** preesistenti). L'esclusione non opera in caso di sostituzione di **CONTRATTO**, se le patologie sono insorte nel corso del **CONTRATTO** sostituito;

- **MALATTIE** e **INFORTUNI** conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- **MALATTIE** dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- rinuncia o ritardo da parte dell'**ASSICURATO** nell'accettare le prestazioni proposte dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Qualora l'**ASSICURATO** non usufruisca di una o più **PRESTAZIONI** relative alla **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** non è tenuta a fornire **INDENNIZZI** o **PRESTAZIONI** alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La **PRESTAZIONE** "Assistenza extra - Informazioni sanitarie" è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

La **PRESTAZIONE** "Convalescenza e riabilitazione - Fornitura di attrezzature medico chirurgiche" è operante esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

La **PRESTAZIONE** "In Viaggio - Rientro Sanitario (anche dall'estero)" non è operante per le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o non impediscono all'**ASSICURATO** di proseguire il viaggio, e per le **MALATTIE** infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La **PRESTAZIONE** inoltre non è dovuta nel caso in cui l'**ASSICURATO** o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'**ASSICURATO** è ricoverato.

6.3 LIMITI DI INDENNIZZO

Cosa si intende per "LIMITE DI INDENNIZZO"?

Per "LIMITE DI INDENNIZZO" si intende l'importo massimo entro il quale la **SOCIETÀ** è impegnata ad offrire la copertura assicurativa; rappresenta quindi l'obbligazione massima della **SOCIETÀ** in caso di **SINISTRO**, per capitale, interessi e spese per una determinata **PRESTAZIONE** o **GARANZIA**.

Il **LIMITE DI INDENNIZZO** può essere fissato per ogni **SINISTRO** e/o per anno assicurativo.

Relativamente alle prestazioni della sezione Malattia

Se un **SINISTRO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, colpisce contemporaneamente più **ASSICURATI** con la presente **POLIZZA**, l'esborso a carico della **SOCIETÀ** non potrà superare la somma complessiva di 2.500.000 euro. In tal caso, gli **INDENNIZZI** liquidabili ai singoli **ASSICURATI** verranno proporzionalmente ridotti.

Esempio:

ASSICURATO 1: SINISTRO 400.000 euro **ASSICURATO 5: SINISTRO 550.000 euro**
ASSICURATO 2: SINISTRO 500.000 euro **ASSICURATO 6: SINISTRO 575.000 euro**
ASSICURATO 3: SINISTRO 500.000 euro **ASSICURATO 7: SINISTRO 600.000 euro**

Totale importo SINISTRI liquidabili: 3.125.000 euro

Massimo esborso per la SOCIETA': 2.500.000 euro

% di riduzione degli INDENNIZZI liquidabili: $(3.125.000-2.500.000)/3.125.000 = 20\%$

Pertanto l'INDENNIZZO di ciascun assicurato sarà ridotto del 20%.

Relativamente alle prestazioni della sezione Assistenza:

- non possono essere fornite più di 3 (tre) volte per periodo di copertura assicurativa;
- saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Tutte le eccedenze ai limiti di **INDENNIZZO** riportati nella seguente tabella sono a carico dell'**ASSICURATO**.

RIFERIMENTO (art.)	PRESTAZIONE (se assicurata in base a quanto risulta in POLIZZA)	SCOPERTO	FRANCHIGIA	LIMITE DI RIMBORSO (per anno assicurativo, se non diversamente indicato)
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3.4	Determinazione percentuale invalidità permanente per il calcolo dell'indennizzo	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato sia inferiore al 25%	Non previsto
<i>Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?</i> Art. 4.4	Regolazione del premio (comunicazione tardiva dei dati)	Non previsto	Per ogni sinistro detrazione di: - Euro 5.000 nei 30 giorni successivi alla scadenza del termine indicato per la comunicazione dei dati - Euro 10.000 decorsi 30 giorni di cui sopra	Non previsto
<i>Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?</i> Art. 4.6	Franchigia opzionale 65%	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato di Invalidità Permanente sia inferiore al 65%	Non previsto
<i>Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?</i> Art. 4.5	Adeguamento garanzia	Non previsto	Non prevista	max euro 600.000
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Assistenza infermieristica presso Istituto di cura	Non previsto	Non prevista	max euro 500 per ASSICURATO e per anno
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Invio medicinali urgenti	Non previsto	Non prevista	Restano a carico dell'ASSICURATO i costi dei medicinali
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Trasporto in ambulanza in Italia	Non previsto	Non prevista	percorso max km 300

RIFERIMENTO (art.)	PRESTAZIONE (se assicurata in base a quanto risulta in POLIZZA)	SCOPERTO	FRANCHIGIA	LIMITE DI RIMBORSO (per anno assicurativo, se non diversamente indicato)
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Invio infermiera a domicilio (in Italia)	Non previsto	Non prevista	max euro 500 per anno
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Invio fisioterapista (in Italia)	Non previsto	Non prevista	max euro 300 per anno
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)	Non previsto	Non prevista	max euro 500 per SINISTRO e per anno
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)	Non previsto	Non prevista	spese di pernottamento e prima colazione per un familiare, per ogni sinistro massimo euro 100 per notte per massimo 3 notti
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Anticipo spese mediche (in Italia) GARANZIA operante quando il SINISTRO si verifica a oltre km 50 dal comune di residenza dell' ASSICURATO	Non previsto	Non prevista	anticipo pagamento fatture fino ad un importo massimo di euro 500 per SINISTRO ; l'importo delle fatture pagate non potrà mai superare euro 2.600.
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Rientro altri assicurati (dall'estero)	Non previsto	Non prevista	max euro 500 per ASSICURATO
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Invio di un infermiere per familiare non autosufficiente	Non previsto	Non prevista	max euro 500 per SINISTRO
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Baby-sitter per minori	Non previsto	Non prevista	max euro 100 al giorno e max 5 giorni per SINISTRO
<i>Cosa è assicurato?</i> Art. 3 Sezione Assistenza	Collaboratrice familiare	Non previsto	Non prevista	max euro 100 al giorno e max 5 giorni per SINISTRO

Cosa fare in caso di Sinistro?

7 Gestione del Sinistro

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**.

7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

SEZIONE MALATTIA

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETA'** entro 30 giorni da quando la **MALATTIA**, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata, è stata diagnosticata e sempreché la **MALATTIA** stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per l'**ASSICURATO** (alle condizioni indicate nel capitolo "Cosa è assicurato?").

La denuncia deve essere presentata direttamente dall'**ASSICURATO** o dal **CONTRAENTE** o, se l'evento è ignorato dal **CONTRAENTE**, quando l'**ASSICURATO** o gli aventi diritto ne hanno la possibilità.

Alla denuncia di **SINISTRO** deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della **MALATTIA**.

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della **MALATTIA**, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla **SOCIETA'**, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

SEZIONE ASSISTENZA

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'**ASSICURATO** potrà telefonare alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** al numero verde:

800 069 841 in funzione 24 ore su 24

oppure al numero: +39 015 255 96 57 nel caso si trovi all'estero

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A. Strada Trossi, 66 13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- Nome e cognome;
- Numero di **POLIZZA**;
- Servizio richiesto;
- Indirizzo del luogo in cui si trova;
- Recapito telefonico al quale la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza;

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di **SINISTRO**.

L'**ASSICURATO** s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza. La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** può richiedere all'**ASSICURATO** – e lo stesso è tenuto a fornire integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della **PRESTAZIONE**. Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

La denuncia del **SINISTRO** deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da copia della cartella clinica completa.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETA'** tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso.

L'**ASSICURATO** libera dal segreto professionale, relativamente ai **SINISTRI** oggetto di questa **POLIZZA**, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del **SINISTRO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, e/o i magistrati eventualmente investiti dell'esame del **SINISTRO** stesso.

7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell'**ASSICURATO** al pagamento delle indennità, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**. Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti tra le **PARTI**, le quali 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

7.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** viene accertato, in base ai criteri di indennizzo di cui all'art. 3.2 "*Criteri di indennizzo*" ed ai parametri riportati all'art. 3.4 "*Parametri per la valutazione dell'invalidità permanente*" e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO** e in funzione della seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del **SINISTRO**, la **SOCIETA'** invia all'**ASSICURATO** raccomandata o PEC recante l'invito a visita medico legale;
- la proposta di liquidazione viene formulata nel termine di 60 giorni dalla data della visita medico legale predisposta dalla **SOCIETA'**;

- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la **SOCIETA'** trasmette all'**ASSICURATO** l'atto di transazione e quietanza.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** viene effettuato nel termine di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica di cui all'art. 7.1 "*Obblighi in caso di sinistro*" sono a carico dell'**ASSICURATO**.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente, secondo giudizio medico, la prognosi della **MALATTIA** e qualora l'**ASSICURATO** non intenda sottoporvisi anche se la **SOCIETA'** decide di sostenerne i relativi costi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** che residuerebbero se l'**ASSICURATO** stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Se l'**ASSICURATO**, per causa indipendente dalla **MALATTIA** che ha determinato un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** a suo carico, decede:

- prima che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETA'**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti siano obiettivamente accertabili sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETA'**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti e/o sulla loro quantificazione, resta salva la facoltà delle **PARTI** di ricorrere all'arbitrato irrituale.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito per quote fra più **SOCIETA'**, ciascuna di esse è tenuta alla **PRESTAZIONE** in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla **POLIZZA**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di Sinistro

Cosa fare ENTRO 30 GIORNI	Adempimenti necessari per la liquidazione del danno
<p>La denuncia del SINISTRO deve essere fatta alla direzione della SOCIETÀ o all'agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 30 giorni da quando la MALATTIA è stata diagnosticata.</p>	<p>Alla denuncia di SINISTRO deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della MALATTIA.</p> <p>Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della MALATTIA, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di INVALIDITÀ PERMANENTE.</p> <p>L'ASSICURATO deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla SOCIETÀ, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p>

Appendice normativa

*In questa parte sono riportati nel dettaglio gli articoli di **LEGGE** richiamati nelle Condizioni di Assicurazione.*

CODICE CIVILE

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenti con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione .

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenti senza dolo e colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza (1) (2).

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso [1918 ss.], e al rimborso delle spese (3). La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita [1924, 1932; 187 disp. att.].

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. (1)

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Articolo 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 2010 - Condizione di procedibilità e rapporti con il processo

1.1 omissis

1-bis. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero il procedimento di conciliazione previsto dal decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. La presente disposizione ha efficacia per i quattro anni successivi alla data della sua entrata in vigore. Al termine di due anni dalla medesima data di entrata in vigore è attivato su iniziativa del Ministero della giustizia il monitoraggio degli esiti di tale sperimentazione. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni

2. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può disporre l'esperimento del procedimento di mediazione; in tal caso l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale anche in sede di giudizio di appello. Il provvedimento di cui al periodo precedente è adottato prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della causa. Il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione.

2-bis. Quando l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; la condizione si considera avverata se il primo incontro dinanzi al mediatore si conclude senza l'accordo.

3. Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale.

4. I commi 1-bis e 2 non si applicano: a) nei procedimenti per ingiunzione, inclusa l'opposizione, fino alla pronuncia sulle istanze di concessione e sospensione della provvisoria esecuzione; b) nei procedimenti per convalida di licenza o sfratto, fino al mutamento del rito di cui all'articolo 667 del codice di procedura civile; c) nei procedimenti di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile; d) nei procedimenti possessori, fino alla pronuncia dei provvedimenti di cui all'articolo 703, terzo comma, del codice di procedura civile; e) nei procedimenti di opposizione o incidentali di cognizione relativi all'esecuzione forzata; f) nei procedimenti in camera di consiglio; g) nell'azione civile esercitata nel processo penale.

5. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, se il

contratto, lo statuto ovvero l'atto costitutivo dell'ente prevedono una clausola di mediazione o conciliazione e il tentativo non risulta esperito, il giudice o l'arbitro, su eccezione di parte, proposta nella prima difesa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione e fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo il giudice o l'arbitro fissa la successiva udienza quando la mediazione o il tentativo di conciliazione sono iniziati, ma non conclusi. La domanda è presentata davanti all'organismo indicato dalla clausola, se iscritto nel registro, ovvero, in mancanza, davanti a un altro organismo iscritto, fermo il rispetto del criterio di cui all'articolo 4, comma 1. In ogni caso, le parti possono concordare, successivamente al contratto o allo statuto o all'atto costitutivo, l'individuazione di un diverso organismo iscritto.

6. Dal momento della comunicazione alle altre parti, la domanda di mediazione produce sulla prescrizione i medesimi effetti della domanda giudiziale. Dalla stessa data, la domanda di mediazione impedisce altresì la decadenza per una sola volta, ma se il tentativo fallisce la domanda giudiziale deve essere proposta entro il medesimo termine di decadenza, decorrente dal deposito del verbale di cui all'articolo 11 presso la segreteria dell'organismo.



Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 10/12/2020



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB027222-CGA-EDZ-1220 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA