

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Invalidità Permanente da Malattia"

Le Informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

E' un'assicurazione contro i danni che offre una copertura contro i Rischi derivanti da Invalidità permanente da malattia.



Che cosa è assicurato?

✓ Sezione Malattia

L'assicurazione offre copertura in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da malattia manifestatasi nel corso di contratto.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati in Polizza.



Che cosa non è assicurato?

✗ Sezione Malattia

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, AIDS, infermità mentali.

Le persone oltre il 65° anno di età non possono stipulare la polizza né essere successivamente inserite in garanzia.



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti **esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, periodi di carenza** per il cui dettaglio si rinvia al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione vale per i danni che si verificano in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno del Dip aggiuntivo Danni alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?".



Quando e come devo pagare?

Il premio viene pagato all'atto della sottoscrizione della polizza.

Si può chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale con una maggiorazione del premio del 1% le relative rate saranno da corrispondere alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il premio si può pagare tramite:

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

Il premio è comprensivo delle imposte. Non è previsto il rimborso del premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio o della rata di premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della polizza, e termina alla scadenza indicata in polizza. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/ recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale si può disdettare alla scadenza indicata in polizza inviando una lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della suddetta scadenza.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"

01/01/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)

- Sede legale: Largo Ugo Inneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n. 018.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'impresa, pari a 2.563 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.462 milioni di euro;
- Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito internet dell'impresa www.allianz.it. e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.




Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.


L'assicurazione è prestata per il caso di Invalidità Permanente derivante esclusivamente da malattia che colpisca l'Assicurato nel corso del contratto.

La Società in caso di Invalidità Permanente derivante da una malattia insorta e manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della sua cessazione, riconosce un'indennità calcolata sulla somma assicurata in polizza

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
La concedibilità delle opzioni sotto indicate potrà essere discrezionalmente valutata dall'impresa	
Condizione speciale dirigenti e quadri.	La Società, in base alle condizioni della presente polizza, garantisce ai Dirigenti e/o Quadri colpiti da malattia non professionale che abbia per conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale e che comporti la risoluzione del rapporto di lavoro, il pagamento di un indennizzo pari all'intero capitale assicurato. Pertanto nessuna indennità viene riconosciuta quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50% della totale. L'assicurazione cessa automaticamente all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.
Beneficiario lo stesso Contraente	Essendo il presente contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad essa possa derivare da invalidità permanente conseguente ad una malattia sofferta dalle persone assicurate, si conviene che: A) i rapporti fra l'Impresa e le anzidette persone si limiteranno all'accertamento delle conseguenze della malattia, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente; B) l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa impegnandosi pure a manlevare l'Impresa stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.


 Che cosa NON è assicurato?	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	
CONDIZIONI DI OPERATIVITA'	
Disciplina per la regolazione premio	<ol style="list-style-type: none"> Per la liquidazione dell'indennità è considerata "retribuzione" annua dell'Assicurato quella percepita e maturata per i titoli indicati nelle "Definizioni", nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è manifestata la malattia. Per i dipendenti che non abbiano raggiunto l'anno di servizio, ai fini della liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'Assicurato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio sino al giorno della manifestazione della malattia, considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio di cui al successivo punto 4, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge. Il tasso di premio pattuito per ciascuna categoria di personale assicurata viene applicato su ogni mille euro di retribuzione computate ai sensi del precedente punto 1. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti, ed aggiunte le imposte. Il premio relativo al presente contratto è convenuto in base all'ammontare delle retribuzioni annue dichiarate dal Contraente; esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata


	<p>del contratto, secondo le variazioni intervenute nello stesso periodo, fermo il premio minimo che in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del totale del premio annuo anticipato, oltre le imposte.</p> <p>Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare all'Impresa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché l'Impresa stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.</p> <p>Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte dell'Impresa.</p> <p>Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.</p> <p>Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi del 70% quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 70% di quello dell'ultimo consuntivo.</p>
--	---


 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Esclusioni	<p>Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preesistenti alla data di effetto della presente polizza; - da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto nel successivo Art. "Continuità della garanzia"; - da intossicazioni causate da: <ul style="list-style-type: none"> • abuso di alcolici; • uso di allucinogeni; • uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; - derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate; - da malattie mentali, disturbi psichici in genere e da nevrosi; - da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; - da guerre ed insurrezioni, nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO E PERIODI DI CARENZA (quando presenti)	
Franchigia	<p>Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 25 % della totale.</p> <p>da 25% a 34% si liquida il 15%</p> <p>da 35% a 44% si liquida il 30%</p> <p>da 45% a 54% si liquida il 45%</p> <p>da 55% a 64% si liquida il 60%</p> <p>da 65% a 74% si liquida il 70%</p>


	Se Superiore al 74% si liquida il 100%
Condizione speciale dirigenti e quadri	Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50 % della totale. Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 50% viene corrisposta l'intero massimale previsto in polizza.
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie	
Somma assicurata € 100.000,00 Se grado di IP accertato fino al 24% nessuna liquidazione, sinistro in franchigia. Se grado di IP accertato 26% secondo la tabella delle percentuali da applicare alle somme assicurate si riconosce il 15% della somma assicurata (da liquidare € 15.000) Se grado di IP accertato oltre il 74% secondo la tabella delle percentuali da applicare alle somme assicurate si riconosce il 100%	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	In caso di sinistro, il Contraente (o l'Assicurato), consapevole che l'inadempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, deve presentare alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza: <ul style="list-style-type: none"> – denuncia scritta della malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata; – le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. <p>L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Qualora l'assicurazione prestata con la presente polizza pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione Non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con l'impresa.
	Gestione da parte di altre imprese Non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'assicurato da altre imprese.
	Prescrizione: i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni .
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle domande poste nel questionario sanitario laddove richiesto dall'Impresa), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>E' dedicato a titolari e amministratori di aziende così come a dipendenti e collaboratori per far fronte alle conseguenze economiche derivanti da invalidità permanente da malattia parziale o totale.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari al 16%.</p>	

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e.mail) a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.</p> <p>L'impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Assicurazione contro i danni

Invalità Permanente da Malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 624 – 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Imeri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

Allianz 

Servizio Clienti



Glossario

Impresa: l'impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di danno conseguente ad un sinistro

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

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

Malattie Coesistenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata

Malattie Concorrenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato

Retribuzione: retribuzione globale di fatto costituita dall'ammontare complessivo lordo di tutti i compensi spettanti all'Assicurato e risultanti dal prospetto o cedolino paga (i compensi di natura retributiva, le indennità a carico dell'azienda, le mensilità aggiuntive, il TFR, ad esclusione delle indennità a carico degli istituti previdenziali e assistenziali) aventi carattere continuativo e ricorrente, al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese.

Tali somme in quanto effettivamente corrisposte all'infortunato, verranno aggiunte all'ammontare di cui sopra purchè su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Sono in ogni caso escluse le somme risultanti sulla base di incentivazione poliennale. A titolo esemplificativo: Lont term incentivation, stock options e similari.

Condizioni di assicurazione

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

AVVERTENZA: In tutti in casi in cui le Condizioni di Assicurazione contengano il rinvio a quanto indicato "in polizza" in ordine alle modalità di prestazione delle coperture assicurative, si precisa che tale rinvio deve intendersi fatto al documento che costituisce parte integrante della polizza, che viene consegnato al momento della sottoscrizione della medesima e che riepiloga Somme Assicurate, Massimali, Limiti di indennizzo/Risarcimento nonché eventuali Scoperti e Franchigie

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	4
3. CONDIZIONI PARTICOLARI (VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN POLIZZA)	8

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.4 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta spedita, da una delle Parti, mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 1.5 - Oneri fiscali

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

Condizioni di assicurazione

Art. 1.6 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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

2. NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per il caso di Invalidità Permanente derivante esclusivamente da malattia che colpisca l'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 2.2 - Prestazioni

L'Impresa in caso di Invalidità Permanente - così come enunciato nelle "Definizioni" - derivante da una malattia insorta e manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della sua cessazione, riconosce un'indennità calcolandola sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali di "Invalidità Permanente":

Fasce	Percentuale di "Invalidità Permanente"	
	Accertata	Da liquidare
I°	da 26 % a 34 %	15 %
II°	da 35 % a 44 %	30 %
III°	da 45 % a 54 %	45 %
IV°	da 55 % a 64 %	60 %
V°	da 65 % a 74 %	70 %
VI°	sup. a 74 %	100 %

Condizioni di assicurazione

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25 % della totale.

Art. 2.3 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

- preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
- da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto nel successivo Art. "Continuità della garanzia";
- da intossicazioni causate da:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- da malattie mentali, disturbi psichici in genere e da nevrosi;
- da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- da guerre ed insurrezioni, nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).

Art. 2.4 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.5 - Persone non assicurabili

Non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto il 65° anno di età.

Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o infermità mentali.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Le persone con difetti fisici e mutilazioni rilevanti, come pure quelle già portatrici di invalidità permanenti da malattia, sono assicurabili solo con patto speciale.

Art. 2.6 - Continuità della garanzia.

In deroga a quanto disposto dall'Art. "Esclusioni" ed a quanto indicato nell'Art. "Prestazioni", qualora la presente polizza sia stata emessa, in sostituzione di altre polizze stipulate con la stessa Impresa - senza soluzione di continuità - riguardanti gli

Condizioni di assicurazione

stessi Assicurati, la garanzia è estesa alla invalidità derivante da malattia insorta nella vigenza del precedente rapporto e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, l'indennità sarà valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza, sul minore dei capitali previsti dai diversi contratti.

Art. 2.7 - Denuncia della malattia e obblighi relativi

In caso di sinistro, il Contraente (o l'Assicurato), consapevole che l'inadempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, deve presentare all'Impresa o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza:

- denuncia scritta della malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata;
- le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

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

Qualora l'assicurazione prestata con la presente polizza pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno semprechè, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 2.8 - Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dall'Art. "Prestazioni", sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

I postumi di Invalidità Permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta intesa come quella in cui, dopo l'insorgenza dei sintomi e l'effettuazione degli accertamenti clinico-strumentali necessari ad effettuare la diagnosi, si esaurisce il trattamento terapeutico, vuoi chirurgico, vuoi farmacologico o di altra natura e comunque entro un periodo massimo di 18 mesi dalla data di denuncia.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.9 - Procedura per la liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'indennità per invalidità permanente:

a) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di invalidità permanente ma successivamente all'esaurimento della fase acuta della Malattia nei termini previsti all'articolo precedente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Denuncia della malattia e obblighi relativi", il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Criteri di indennizzabilità" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso in cui l'indennizzo possa quindi essere ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.

b) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.

La valutazione dell'invalidità permanente e la corresponsione della relativa indennità viene effettuata in Italia e in Euro.

Art. 2.10 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da una persona da questa incaricata - con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di disaccordo, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.11 - Prova

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie (quali il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. del 30 giugno 1965, n.1124 o quello dei corrispettivi).

Art. 2.12 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto e per le stesse persone anche se stipulate da Imprese controllate e/o collegate, così come definite all'art. 2359 codice civile.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Imprese.

Art. 2.13- Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge.

Ai fini della presente assicurazione è ininfluente qualsiasi obbligo dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

3. CONDIZIONI PARTICOLARI (valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Art. 3.1 - Disciplina per la regolazione del premio

1. Per la liquidazione dell'indennità è considerata "retribuzione" annua dell'Assicurato quella percepita e maturata per i titoli indicati nelle "Definizioni", nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è manifestata la malattia.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto l'anno di servizio, ai fini della liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'Assicurato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio sino al giorno della manifestazione della malattia, considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

2. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio di cui al successivo punto 4, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

3. Il tasso di premio pattuito per ciascuna categoria di personale assicurata viene applicato su ogni mille euro di retribuzione computate ai sensi del precedente punto 1.

Condizioni di assicurazione

Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti, ed aggiunte le imposte.

- Il premio relativo al presente contratto è convenuto in base all'ammontare delle retribuzioni annue dichiarate dal Contraente; esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute nello stesso periodo, fermo il premio minimo che in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del totale del premio annuo anticipato, oltre le imposte.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare all'Impresa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché l'Impresa stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte dell'Impresa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale in assenza del pagamento, l'Impresa ha facoltà di risolvere il presente contratto con preavviso di 15 giorni mediante lettera raccomandata. Resta fermo il diritto dell'Impresa ad agire giudizialmente per il recupero del premio non corrisposto.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi del 70% quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 70% di quello dell'ultimo consuntivo.

Art. 3.2 - Condizione speciale dirigenti e quadri

L'Impresa, in base alle condizioni della presente polizza, garantisce ai Dirigenti e/o Quadri colpiti da malattia non professionale che abbia per conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale e che comporti la risoluzione del rapporto di lavoro, il pagamento di un indennizzo pari all'intero capitale assicurato.

Pertanto nessuna indennità viene riconosciuta quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50% della totale.

L'assicurazione cessa automaticamente all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro, secondo le modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 3.3 - Beneficiario lo stesso Contraente

Essendo il presente contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad essa possa derivare da invalidità permanente conseguente ad una malattia sofferta dalle persone assicurate, si conviene che:

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

Condizioni di assicurazione

B) l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa impegnandosi pure a manlevare l'Impresa stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.