Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. Prodotto: "Allianz1 Business – Invalidità permanente da malattia"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una copertura assicurativa in caso di Invalidità permanente a seguito di malattia.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità permanente da malattia: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente derivante da malattia.

Per il dettaglio dei contenuti della copertura si rimanda al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?".

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Che cosa non è assicurato?

Le persone affette da:

✗ Alcolismo e tossicodipendenza;

✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Ci sono limiti di copertura?

! Si, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione vale 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 e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/ Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo.
Puoi chiedere il frazionamento annuale o mensile con una maggiorazione del 4,5 %, in tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.
Puoi pagare il premio 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, inclusi di strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, 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.

Nel caso di frazionamento mensile, dal secondo pagamento in poi, il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Allianz S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi verranno comunicati ad Allianz S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.
Il premio è comprensivo delle imposte.

E' ammessa l'eventuale detraibilità fiscale del premio, ai sensi della normativa vigente, nella misura del 100% del premio totale per tutte le garanzie prestate.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione del modulo, e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di modulo. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 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 il modulo?

Il modulo non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.
Puoi disdettare alla scadenza indicata nel modulo inviando una lettera raccomandata almeno 15 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 AllianzS.p.A.

Prodotto "Allianz1 Business – Invalidità permanente da malattia"

29/02/2020 – 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.

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2018 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.174** 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 **1.279** milioni di euro.

Si rinvia alla "*Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)*", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.578** milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.160** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **4.880** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **4.868** milioni di euro;

ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a **189**%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Prestazione Invalidità permanente da malattia	La copertura assicurativa vale per l'Assicurato, identificato nella Scheda tecnica di modulo, cui l'Impresa corrisponde un indennizzo in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia **che si manifesti a suo carico successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza**. L'Impresa corrisponde l'Indennizzo in forma di capitale applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI

Esclusioni	**La copertura assicurativa non vale** per le invalidità permanenti: a) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa stessa; b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate;

	c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; g) derivanti da insurrezioni o da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non; h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Invalidità permanente da malattia	Franchigia

Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie

- **Franchigia presente nel contratto 66%**
  - Capitale assicurato = € 100.000
  - Invalidità Permanente da Malattia accertata = 30%
  - Nessun indennizzo per effetto della franchigia 66%

  - Capitale assicurato = € 100.000
  - Invalidità Permanente da Malattia accertata = 66%
  - Invalidità Permanente da Malattia indennizzata = il 100% di € 100.000 = € 100.000

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	**Denuncia di sinistro** **In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua eventuale fase acuta e che, indipendentemente dalla percentuale di Invalidità permanente che potrebbe residuare, possa comportare postumi invalidanti. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.** **L'Assicurato deve** altresì: • inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti; • sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; • fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. **Qualora la copertura assicurativa 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 della copertura assicurativa stessa. **Prescrizione** I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in **2 anni.**
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa allo stato di salute dell'Assicurato), 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 – 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	Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di

	indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT. Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.

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 il modulo?

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?

Il prodotto è rivolto alle piccole e medie imprese che operano nei seguenti settori:

- commercio al dettaglio
- commercio all'ingrosso
- commercio di veicoli
- ristorazione
- aziende manifatturiere
- servizi
- edilizia

che impiegano un numero di addetti non superiore a 5 e che generano un fatturato annuo fino a 4 milioni di euro.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%

COME PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. 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. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all' Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato

	pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell' Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - 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 all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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 DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Assicurazione invalidità permanente da malattia

Allianz ONE Business

Invalidità permanente da malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 960 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Allianz

Allianz

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

NOW Allianz

AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo **codice fiscale** e il numero della tua polizza

Scarica l'App

SERVCL35 - 111

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.
Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Impresa: Allianz S.p.A.
Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Manifestazione della Malattia: insieme di sintomi correlabili alla malattia.
Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.
Scheda tecnica di modulo: documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione.
Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza o alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 3

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 4

OPERATIVITA' 5

IN CASO DI SINISTRO 6

CONDIZIONI PARTICOLARI 7

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA' 8

MPACGA - 018

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile **mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è dovuto per l'intera annualità**.
In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.
Diversamente la copertura resta sospesa:

a) **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;**
b) **dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD**.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza un frazionamento diverso dal mensile, fra quelli ammessi dall'Impresa)

Art. 1bis - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del Premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità.

Art. 2 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno previsto dalla durata indicata nella Scheda tecnica di modulo.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la durata della copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Modifiche della copertura assicurativa

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

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 6 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Art. 7 - Altre assicurazioni

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

Condizioni di assicurazione

Art. 8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli 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.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 10 - Chi e cosa assicuriamo
La copertura assicurativa vale per l'Assicurato, identificato nella Scheda tecnica di modulo, cui l'Impresa corrisponde un indennizzo in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia **che si manifesti a suo carico successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza**.
Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da:
- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni su indicate insorgano nel corso della copertura assicurativa, quest'ultima cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.
Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni riportate e sottoscritte dall'Assicurato stesso nel Questionario Sanitario della Scheda tecnica di modulo.

Art. 11 - Le prestazioni della copertura assicurativa
L'Impresa si obbliga ad indennizzare l'Assicurato in caso di Invalidità permanente da Malattia secondo le modalità di seguito indicate e **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa"**.

Art. 11.1 - Corresponsione di un capitale per Invalidità permanente da malattia
L'Impresa corrisponde l'Indennizzo in forma di capitale applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia".

Art. 11.1.1 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia
Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:
a) **si considerano le sole conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata**;
b) **qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti**, ossia da malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardino sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata;
c) **nel corso della copertura assicurativa, le invalidità permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione** sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo- funzionale. **Nel caso** quindi **la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa**;
d) la percentuale di Invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia e **il grado di Invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dell'Assicurato;
e) la somma assicurata per Invalidità permanente da Malattia, indicata nella Scheda tecnica di modulo, rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente nell'intera durata della copertura assicurativa. Pertanto **la sommatoria degli indennizzi**, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, **non può essere**, nell'arco dell'intera durata della copertura assicurativa, **maggiore della somma assicurata indicata nella Scheda tecnica di modulo**.

Condizioni di assicurazione

Art. 11.1.2 - Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia
L'Impresa corrisponde il capitale per Invalidità permanente da Malattia secondo il seguente criterio:
Franchigia del 66%
L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 66% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 12 - Le esclusioni della copertura assicurativa
La copertura assicurativa non vale per le invalidità permanenti:
a) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa stessa;
b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della presente copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate, salvo quanto previsto dall'articolo "Continuità della copertura assicurativa";
c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
g) derivanti da insurrezioni o da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non;
h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Art. 13 - La validità territoriale
La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

OPERATIVITA'

Art. 14 - Continuità della copertura assicurativa
In deroga a quanto disposto dagli articoli "Le esclusioni della copertura assicurativa" e "Chi e cosa assicuriamo", **qualora la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione, di altra precedente** riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione, la copertura assicurativa è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente copertura assicurativa e manifestatasi nel corso della presente copertura assicurativa, restando inteso che, in tal caso, **l'Indennità è valutata**, sulla base delle disposizioni contenute nelle presenti Condizioni di assicurazione, **sulla minore delle somme assicurate previste dalle diverse Schede tecniche di modulo**.

Art. 15 - Ridefinizione del premio per età
Il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene ridefinito ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella Coefficienti per età".

Art. 16 - Indicizzazione
Premesso che con l'espressione:
- "indice" si intende l'indice mensile nazionale dei "prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT;
- "indice di riferimento annuale" si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio;

si conviene che alla scadenza di ogni rata annuale di Premio, il Premio stesso, le Somme/Massimali assicurati ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) previsti nella Scheda tecnica di modulo si intendono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.
Resta inteso che il Premio, le somme assicurate ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) così determinati non potranno essere inferiori ai valori del Premio, delle somme assicurate e dei limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) indicati nella Scheda tecnica di modulo al momento della stipula del presente contratto di assicurazione.
Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.
Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

Art. 17 - Rinuncia al diritto di surrogazione
L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili della Malattia.

Condizioni di assicurazione

IN CASO DI SINISTRO

Art. 18 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua eventuale fase acuta e che, indipendentemente dalla percentuale di Invalidità permanente che potrebbe residuare, possa comportare postumi invalidanti.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.
L'Assicurato deve altresì:

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.
Qualora la copertura assicurativa 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 della copertura assicurativa stessa.

Art. 19 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.
In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.
Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo viene nominato di comune accordo tra questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.
Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle presenti Condizioni di assicurazione.
Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 20 - Malattie progressivamente invalidanti

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

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

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.
Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile ai sensi dell'articolo "Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia" e la percentuale precedentemente indennizzata.
Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Condizioni di assicurazione

Art. 21 - Pagamento dell'indennizzo

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

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

Tuttavia, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione di un capitale, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI (sempre presenti)

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato nel presente contratto, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda tecnica di modulo per:

- *Invalidità permanente da Malattia*

deve intendersi la Ditta Contraente.

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

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;
- l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 codice civile.

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

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