

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Universo Persona Malattie Gravi"

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 prestazioni contro il rischio di malattia grave.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Malattia grave: riconosce un capitale in caso di diagnosi di una malattia grave tra infarto miocardico acuto, ictus o tumore maligno infiltrante.

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



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

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

Inoltre non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti attività professionali: attività che prevedono l'esposizione diretta e continua a sostanze nocive, tossiche, radioattive, in conseguenza del loro trattamento, lavorazione, produzione, movimentazione, attività subacquee, attività svolte in cave, miniere o sottosuolo.



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni 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 della polizza.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale o mensile con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3% e 5,6%. 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 gli 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 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.



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 della Polizza e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

Possono essere previsti termini di aspettativa per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del DIP aggiuntivo Danni.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 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.

Puoi disdetta alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 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 "Universo Persona Malattie Gravi"

26/09/2020 – 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 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.208** 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 **1.102** 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 **2.852** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.283** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.207** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.207** milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **183%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Garanzia Malattia Grave

L'Impresa riconosce, nel caso in cui durante il periodo di copertura sia diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi assicurate il pagamento del capitale indicato nella Scheda di Polizza.

Il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta per ciascun Assicurato e non sono previsti pagamenti alla diagnosi di una seconda Malattia grave.

Ai fini della presente Assicurazione sono considerate malattie gravi l'Infarto miocardico acuto, l'Ictus e il Tumore maligno infiltrante, come di seguito definiti:


Infarto miocardico acuto


Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto: necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue.

La diagnosi deve essere confermata dall'innalzamento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) con almeno un livello al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento, più uno dei seguenti parametri:

- segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra. <p>Ictus Sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni neurologici riferibili a deficit delle funzioni cerebrali dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue (ictus ischemico) o a un'emorragia (ictus emorragico) senza altra causa apparente se non quella vascolare. La perdita della funzionalità cerebrale può essere totale o parziale e perdurare nel tempo per almeno 60 giorni.</p> <p>Tumore maligno infiltrante Diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani. La diagnosi di Tumore maligno infiltrante deve essere confermata da referto istopatologico. Il Tumore maligno infiltrante comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.</p>
--	--

 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	<p>L'Assicurazione non vale per le malattie gravi causate da:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dolo del Contraente; b) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; c) malattie o condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto, già note in quel momento all'Assicurato e sottaciute all'Impresa in quanto attinenti alle domande del Questionario sanitario riportato e sottoscritto dall'Assicurato stesso nella Scheda di Polizza; d) 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; e) patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); f) guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; g) direttamente o indirettamente, reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate. <p>Infarto miocardico acuto Sono escluse dalla copertura le altre sindromi coronariche acute e l'angina pectoris instabile.</p> <p>Ictus Sono esclusi dalla copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attacco ischemico transitorio (TIA) ▪ lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni ▪ emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente ▪ danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania; ▪ disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina; ▪ disturbi ischemici del sistema otovestibolare; ▪ ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini. <p>Tumore maligno infiltrante</p>

Sono esclusi dalla copertura:

- carcinoma in situ o tumore in situ, displasia e tutte le forme premaligne
- tumore della prostata classificato con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritto dalla Classificazione TNM come stadio inferiore a T2N0M0
- qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle)
- carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo.




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?


<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi assicurate, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, entro 15 giorni dalla data di diagnosi della malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, corredata dai seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ certificato medico attestante la natura della Malattia e la data di diagnosi ▪ esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi della Malattia, come specificati nelle definizioni delle malattie. <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ inviare all'Impresa eventuale ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'identificazione della Malattia; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. <p>Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte e reticenti</p>	<p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p> <p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle domande poste dal Questionario sanitario), 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" – come ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p> <p>Questionario sanitario È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda di Polizza e che le stesse rispondano al vero.</p> <p>Stato Fumatore o Non-fumatore L'eventuale cambiamento dello stato di Fumatore o Non-fumatore dichiarato nella Scheda di Polizza, che si verifichi nel corso del contratto, deve essere tempestivamente comunicato per iscritto.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>





Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice ISTAT. Inoltre il Premio indicato nella Scheda di Polizza viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>In caso di Tumore maligno infiltrante, se la diagnosi della Malattia avviene prima del termine di aspettativa di 90 giorni, la garanzia non è operante e l'Impresa rimborsa i premi versati con contestuale cessazione dell'Assicurazione, relativamente all'Assicurato a cui è stata diagnosticata la Malattia.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Termini di aspettativa L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus; ▪ del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Tumore maligno infiltrante. <p>Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate. <p>Cessazione Con il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurazione decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione. L'identificazione da parte dell'impresa di una delle malattie gravi assicurate, che abbia o meno determinato il pagamento dell'Indennizzo, comporta la cessazione dell'Assicurazione relativamente all'Assicurato per cui è stata accertata la Malattia.</p>
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>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari con un sostegno economico in caso di diagnosi di una grave malattia.</p> <p>Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 65 anni.</p> <p>L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali che prevedono l'esposizione diretta e continua a sostanze nocive, tossiche, radioattive, attività subacquee o attività in cave, miniere o sotto suolo non è consentita.</p> <p>L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.</p>

 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 I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

	<p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>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> <p>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.</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, 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.</p> <p>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.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul 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 all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
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 DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Assicurazione gravi malattie

Universo Persona Malattie Gravi

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 297 - 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 

Servizio Clienti



Glossario

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

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

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

Fumatore: ogni soggetto non rientrante nella definizione di Non-fumatore.

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.

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

Malattia grave: una delle seguenti patologie, come definite all'articolo "Malattia grave" delle Condizioni relative alla garanzia Malattia grave: Infarto miocardico acuto, Ictus, Tumore maligno infiltrante.

Non-fumatore: il soggetto che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o che ha smesso di fumare da almeno 24 mesi.

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MALATTIA GRAVE	4
3. OPERATIVITA'	6
4. IN CASO DI SINISTRO	6
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	7
TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'	9

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

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

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

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

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

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

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

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

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (Sepa Direct Debit) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.

Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.

Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà radddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.

In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.

L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.

In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva.

In questa ipotesi il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

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

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

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

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

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

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

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

In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Condizioni di assicurazione

Art. 1.5 - Altre assicurazioni

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

Art. 1.6 - Aggravamento del rischio

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

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

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile, non si considera aggravamento del rischio l'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, **fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Persone non assicurabili"**.

Art. 1.7 - Diminuzione del rischio

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

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

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, 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. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

(Valido solo in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario)

Art. 1.10 - Recupero sconto commerciale

Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.

Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MALATTIA GRAVE

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Malattia grave, semprechè rientrante tra quelle riportate e definite all'articolo "Malattia grave", che venga diagnosticata all'Assicurato durante il periodo di copertura, **fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo "Esclusioni"**.

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le malattie gravi causate da:

- a) dolo del Contraente;
- b) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- c) malattie o condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto, già note in quel momento all'Assicurato e sottaciute all'Impresa in quanto attinenti alle domande del Questionario sanitario riportato e sottoscritto dall'Assicurato stesso nella Scheda di Polizza;
- d) 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;
- e) patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- f) guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- g) direttamente o indirettamente, reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

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

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

Condizioni di assicurazione

Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni riportate e sottoscritte dall'Assicurato stesso nella Scheda di Polizza.

Inoltre **non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti Attività professionali**: attività che prevedono l'esposizione diretta e continua a sostanze nocive, tossiche, radioattive, in conseguenza del loro trattamento, lavorazione, produzione, movimentazione, attività subacquee, attività svolte in cave, miniere o sottosuolo.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate o l'Assicurato svolga una delle Attività professionali sopra elencate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Art. 2.4 - Prestazione per Malattia grave

L'Impresa riconosce, nel caso in cui durante il periodo di copertura sia diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi indicate al successivo articolo "Malattia grave" e **salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni"**, il pagamento del capitale assicurato indicato nella Scheda di Polizza.

Il capitale assicurato può essere corrisposto una sola volta per ciascun Assicurato e non sono previsti pagamenti alla diagnosi di una seconda Malattia grave. Pertanto, con il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurazione decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.

Art. 2.5 - Malattia grave

Ai fini della presente Assicurazione sono considerate malattie gravi l'Infarto miocardico acuto, l'Ictus e il Tumore maligno infiltrante, come di seguito definiti:

Infarto miocardico acuto

Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto: necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue.

La diagnosi deve essere confermata dall'innalzamento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) con almeno un livello al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento, più uno dei seguenti parametri:

- segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore
- nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

Sono escluse dalla copertura le altre sindromi coronariche acute e l'angina pectoris instabile.

Ictus

Sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni neurologici riferibili a deficit delle funzioni cerebrali dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue (ictus ischemico) o a un'emorragia (ictus emorragico) senza altra causa apparente se non quella vascolare. La perdita della funzionalità cerebrale può essere totale o parziale e deve perdurare nel tempo per almeno 60 giorni.

Sono esclusi dalla copertura:

- attacco ischemico transitorio (TIA)
- lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- disturbi ischemici del sistema otovestibolare;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Tumore maligno infiltrante

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani.

La diagnosi di Tumore maligno infiltrante deve essere confermata da referto istopatologico.

Il Tumore maligno infiltrante comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.

Sono esclusi dalla copertura:

- carcinoma in situ o tumore in situ, displasia e tutte le forme premaligne
- tumore della prostata classificato con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritto dalla Classificazione TNM come stadio inferiore a T2NOMO
- qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle)
- carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo.

Condizioni di assicurazione

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus;
- del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Tumore maligno infiltrante.

Pertanto, in caso di Tumore maligno infiltrante, se la diagnosi della Malattia avviene prima del termine di aspettativa sopra indicato, **la garanzia non è operante** e l'Impresa rimborsa i premi versati **con contestuale cessazione dell'Assicurazione**, relativamente all'Assicurato a cui è stata diagnosticata la Malattia.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 3.2 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.3 - 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.

Art. 3.4 - Dichiarazione e modifica dello stato di Fumatore o Non-fumatore

Lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato, dichiarato nella Scheda di Polizza, comporta l'applicazione di una tariffa ridotta per i non-fumatori rispetto ai fumatori.

Qualora nel corso del contratto l'Assicurato modifichi il proprio stato di Fumatore o di Non-fumatore, come definiti nel Glossario, **il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento di tale stato.**

In questo caso l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso.

In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato o se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa della perdita nel corso del contratto dello stato di Non-fumatore dichiarato, **in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Indennizzo viene ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per il Non-fumatore e quello previsto per il Fumatore.**

Art. 3.5 - Ridefinizione del premio per età

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

Qualora sia prevista nella Scheda di Polizza la Condizione particolare AU - Adeguamento automatico annuale, i premi si adegueranno anche in base alle regole indicate nella suddetta Condizione particolare.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie di cui all'articolo "Malattia grave", **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, entro 15 giorni dalla data di diagnosi della malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, corredata dai seguenti documenti:

- certificato medico attestante la natura della Malattia e la data di diagnosi
- esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi della Malattia, come specificati nelle definizioni delle malattie riportate all'articolo "Malattia grave".

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 eventuale ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'identificazione della Malattia;
- 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 4.2 - 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'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

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

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

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

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

Art. 4.3 - Pagamento dell'indennizzo

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 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria.

La corresponsione dell'Indennizzo viene effettuata in Italia in euro.

L'identificazione da parte dell'Impresa di una delle malattie di cui all'articolo "Malattia grave", che abbia o meno determinato il pagamento dell'Indennizzo sulla base delle presenti Condizioni di assicurazione, comporta la cessazione dell'Assicurazione relativamente all'Assicurato per cui è stata accertata la Malattia.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

B1 - Clausola Broker

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

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

AU - Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda di Polizza, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.

Tale adeguamento automatico non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità, il rapporto tra l'"indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT) sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.

In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice ISTAT di riferimento annuale" e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente.

Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.

Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.

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.

A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare di polizza, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.**

Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva. In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di premio.

Condizioni di assicurazione

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per:

■ *Malattia grave*

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.

P - Deroga alla proroga del contratto

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

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETÀ'

Età	Coefficiente		Età	Coefficiente	
	Fumatori	Non-fumatori		Fumatori	Non-fumatori
1	1,000	1,000	39	1,120	1,110
2	1,000	1,000	40	1,120	1,110
3	1,000	1,000	41	1,120	1,120
4	1,000	1,000	42	1,120	1,120
5	1,000	1,000	43	1,120	1,130
6	1,000	1,000	44	1,120	1,130
7	1,000	1,000	45	1,120	1,120
8	1,000	1,000	46	1,120	1,110
9	1,000	1,000	47	1,120	1,110
10	1,000	1,000	48	1,110	1,090
11	1,000	1,000	49	1,110	1,090
12	1,000	1,000	50	1,130	1,060
13	1,000	1,000	51	1,110	1,070
14	1,000	1,000	52	1,110	1,090
15	1,538	1,000	53	1,100	1,090
16	1,000	1,000	54	1,090	1,090
17	1,000	1,000	55	1,090	1,090
18	1,000	1,000	56	1,090	1,090
19	1,000	1,000	57	1,090	1,090
20	1,000	1,000	58	1,090	1,090
21	1,010	1,010	59	1,100	1,080
22	1,020	1,020	60	1,120	1,060
23	1,030	1,030	61	1,110	1,070
24	1,040	1,040	62	1,090	1,080
25	1,050	1,050	63	1,090	1,090
26	1,060	1,060	64	1,090	1,090
27	1,060	1,060	65	1,130	1,140
28	1,060	1,060			
29	1,070	1,070			
30	1,070	1,070			
31	1,070	1,070			
32	1,080	1,080			
33	1,080	1,080			
34	1,080	1,080			
35	1,080	1,080			
36	1,090	1,090			
37	1,100	1,100			
38	1,120	1,110			

Per calcolare il premio relativo alla successiva annualità è necessario moltiplicare il premio relativo all'annualità in corso per il coefficiente indicato in tabella corrispondente all'età dell'Assicurato raggiunta alla data di rinnovo annuale.

