

Il presente mod. IPM1/01 è costituito da 10 pagine



INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Contraente:



Polizza n°:



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

CONDIZIONI DI POLIZZA

1. DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Ictus celebrale

Accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infarto miocardico acuto

Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECC; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

Invalidità permanente

La perdita – a seguito della malattia denunciata – permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Generali Italia S.p.A.

2. GARANZIA PRESTATATA**Art 2.1****Invalità permanente da malattia**

L'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la sua scadenza fermo il termine di aspettativa previsto al successivo art. 3.1. Sono peraltro comprese le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi entro i 6 mesi successivi alla scadenza dell'assicurazione sempreché relative a malattie insorte durante il periodo di sua validità.

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza la percentuale individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertato a termini del successivo art. 4.2.

Nella Colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo da liquidare.

Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare	Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare
Inferiore a 25	0	44	39
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	da 49 a 66	uguale all'accertato
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	87
40	31	77	90
41	33	78	93
42	35	79	97
43	37	80 e oltre	100

Nessun indennizzo risulta pertanto spettare in caso di invalidità permanente accertata di grado inferiore al 25% della totale.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto in parti uguali agli eredi.

3. DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3.1

Decorrenza della garanzia - Termine di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24:

- *del giorno di effetto dell'assicurazione per l'infarto miocardico acuto e l'ictus cerebrale;*
- *del 60° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.*

La Società risponde pertanto delle invalidità permanenti derivanti da malattie manifestatesi durante l'assicurazione ed indennizzabili a termini di contratto trascorsi i suddetti termini di aspettativa.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- *dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;*
- *dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.*

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Art. 3.2

Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 3.3

Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Resta confermato che la valutazione dell'invalidità permanente ed il pagamento dell'indennizzo avverranno in Italia nella valuta avente corso legale.

Art. 3.4

Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) *stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave;*
- b) *malattie mentali, disturbi psichici in genere e le nevrosi;*
- c) *abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di*

- stupefacenti;*
- d) trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;*
 - e) guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
 - f) trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;*
 - g) sieropositività HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).*

4. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1

Denuncia della malattia

La denuncia di ciascuna malattia che possa comportare – secondo parere medico – una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Successivamente devono essere inoltre inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 4.2

Accertamento dell'invalidità permanente

La percentuale di invalidità permanente è accertata, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data della denuncia – effettuata nei termini previsti all'art. 4.1 - e comunque non oltre 18 mesi dalla stessa.

Tuttavia l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, previa richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- a) venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- b) la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.

Art. 4.3

Anticipo indennizzi

La Società su richiesta dell'Assicurato corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva a condizione che relativamente alla malattia denunciata:

- a) non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro;

- b) trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, la malattia stessa non risulti stabilizzata;
- c) l'invalidità permanente che possa derivare risulti, dalle valutazioni mediche effettuate, in ogni caso di grado superiore alla franchigia contrattualmente stabilita.

L'anticipo sarà determinato applicando alla somma assicurata la percentuale individuata nella Colonna B dell'art. 2.1 in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la malattia secondo valutazione medica. L'anticipo così determinato non potrà comunque superare il 50% dell'indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica per la stessa malattia.

Art. 4.4

Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata ed indennizzabile a termini di contratto, indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla malattia denunciata.

Le invalidità permanenti da malattia già accertate non saranno ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso nuove malattie determinino un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

Art. 4.5

Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché sul grado di invalidità permanente accertato nei termini di cui all'art. 4.2, è facoltà delle Parti conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto 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 medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo

Art. 4.6

Liquidazione

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

Art. 4.7

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili della malattia, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili stessi.

5. NORME GENERALI

Art. 5.1

Dichiarazione del Contraente - Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda e che risultano riportate negli allegati al contratto.

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

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telex o telefax.

Art. 5.2

Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

Fermo il termine di aspettativa di cui all'art. 3.1, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di 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 successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 3.1 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 5.3

Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Se l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 5.4**Recesso in caso di sinistro**

Entro il primo anno dalla stipulazione della polizza, le Parti dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto trascorsi quindici giorni dal ricevimento della raccomandata; in caso di recesso esercitato dal Contraente questo avrà effetto dal giorno stesso del ricevimento della raccomandata. La Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 5.5**Anticipata risoluzione**

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 3.2 "Persone non assicurabili" e 5.1 "Dichiarazioni del Contraente – Forma delle comunicazioni", nonché per esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 5.6**Durata dell'assicurazione**

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattualmente stabilita senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

Art. 5.7**Oneri - Rinvio alla legge**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente polizza, si applicano le disposizioni di legge.

Art. 5.8**Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte**

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*
- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

