

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Invalidità Permanente da Malattia a favore degli Amministratori di Società associate a Confindustria"

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

Che tipo di assicurazione è?

E' un'assicurazione contro i danni che offre una copertura contro i Rischi derivanti da Invalidità permanente a favore delle seguenti categorie di assicurati: Titolari e Amministratori di aziende iscritte a Confindustria.



Che cosa è assicurato?

✓ Sezione Malattia

L'assicurazione offre copertura esclusivamente per gli amministratori e titolari nella forma nominativa in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da malattia manifestatasi nel corso di contratto.

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



Che cosa non è assicurato?

Sezione Malattia

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, AIDS, infermità mentali.
- ✗ Le persone oltre il 65° anno di età non possono stipulare la polizza né essere successivamente inserite in garanzia.



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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

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



Quando e come devo pagare?

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

Si può chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale con una maggiorazione del premio del 3%: le relative rate saranno da corrispondere alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il premio si può pagare tramite:

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalla 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.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

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

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

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

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

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA A FAVORE DEGLI AMMINISTRATORI DI SOCIETA' ASSOCIATE A CONFINDUSTRIA"

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 della Società 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) della Società, pari a **189%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

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

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

La concedibilità delle opzioni sotto indicate potrà essere discrezionalmente valutata dall'impresa	
Condizione particolare amministratori e titolari	In caso di invalidità permanente riconosce un'invalidità calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali di Invalidità Permanente riportate nella Franchigia "Condizione particolare per gli amministratori e titolari" presente nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".
Beneficiario lo stesso Contraente	Essendo il presente contratto stipulato dal Contraente per coprirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, del danno economico che ad essa possa derivare da invalidità permanente conseguente ad una malattia sofferta dalle persone assicurate, si conviene che: A) i rapporti fra l'Impresa e le anzidette persone si limiteranno all'accertamento delle conseguenze della malattia, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente; B) l'indennità liquidata a termine di contratto verrà versata al Contraente che rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa impegnandosi pure a manlevare l'Impresa stessa da ogni richiesta od azione che venga da chiunque avanzata in relazione al contratto.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?


ESCLUSIONI


Esclusioni	Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti: <ul style="list-style-type: none"> - preesistenti alla data di effetto della presente polizza; - da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto nel successivo Art. "Continuità della garanzia"; - da intossicazioni causate da: <ul style="list-style-type: none"> • abuso di alcolici; • uso di allucinogeni; • uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; - derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate; - da malattie mentali, disturbi psichici in genere e da nevrosi; - da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; - da guerre ed insurrezioni, nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).
-------------------	--

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO E PERIODI DI CARENZA (quando presenti)

Franchigia	Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 25 % della totale. da 26% a 34% si liquida il 15% da 35% a 44% si liquida il 30% da 45% a 54% si liquida il 45% da 55% a 64% si liquida il 60% superiore al 65% si liquida il 100%
Condizione particolare per gli amministratori e titolari	Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50 % della totale.

	Qualora l'invalidita' permanente accertata sia di grado superiore al 50% viene corrisposta l'intero massimale previsto in polizza.
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie	
Somma assicurata € 100.000,00	
Se grado di IP accertato fino al 24% nessuna liquidazione, sinistro in franchigia.	
Se grado di IP accertato 26% secondo la tabella delle percentuali da applicare alle somme assicurate si riconosce il 15% della somma assicurata (da liquidare € 15.000)	
Se grado di IP accertato oltre il 74% secondo la tabella delle percentuali da applicare alle somme assicurate si riconosce il 100%	

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

E' dedicato a titolari e amministratori di aziende così come a dipendenti e collaboratori per far fronte alle conseguenze economiche derivanti da invalidità permanente da malattia parziale o totale.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari al 16%.

COME POSSO PRESENTARE 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.</p> <p>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</p> <p>corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa 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; <p>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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, 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	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p> <p>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.</p>

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

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

Assicurazione contro i danni

Invalità Permanente da Malattia a favore degli Amministratori di Società Associate a Confindustria

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 624 - CONF - 29/02/2020

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 di 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

Società: l'impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione

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

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

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

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

Indice

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

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

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

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

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

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

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

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

Art. 1.5 - Oneri fiscali

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

Condizioni di assicurazione

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

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

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

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

Art. 2.2 - Prestazioni

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Art. 2.3 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

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

Art. 2.4 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.5 - Persone non assicurabili

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

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

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

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

Art. 2.6 - Continuità della garanzia.

In deroga a quanto disposto dall'Art. "Esclusioni" ed a quanto indicato nell'Art. "Prestazioni", qualora la presente polizza sia stata emessa, in sostituzione di altre polizze stipulate con la stessa Impresa - senza soluzione di continuità - riguardanti gli stessi Assicurati, la garanzia è estesa alla invalidità derivante da malattia insorta nella vigenza del precedente rapporto e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, l'indennità sarà valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza, sul minore dei capitali previsti dai diversi contratti.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.7 - Denuncia della malattia e obblighi relativi

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

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

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

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

Art. 2.8 - Criteri di indennizzabilità

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

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Art. 2.9 - Procedura per la liquidazione dell'indennità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2.11 - Prova

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

Condizioni di assicurazione

Art. 2.12 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e per le stesse persone; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 2.13- Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge.

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

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

Art. 3.1 Condizione particolare per gli amministratori e titolari

Prestazioni

A deroga dell'Articolo Prestazioni, la Società in caso di invalidità permanente- così come enunciato nelle Definizioni- derivante da una malattia insorta e manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della sua cessazione, riconosce un'invalidità calcolandola sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali di Invalidità Permanente"

Fasce	Percentuale di "Invalidità Permanente	
	Accertata	Da liquidare
I°	Fino a 50%	Nessun indennizzo
II°	Superiore a 50 %	100 %

Art. 3.2 Beneficiario lo stesso Contraente

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

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

Condizioni di assicurazione

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