

# SOLUZIONE IPM

## Contratto di Assicurazione per l'invalidità permanente da malattia

---

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizione di assicurazione**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

# Nota Informativa

## NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE MALATTIA POLIZZA AMISSIMA “SOLUZIONE IPM”

(predisposta ai sensi dell’Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

### A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

#### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Amissima Assicurazioni S.p.A.

Società per azioni a socio unico appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all’Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: [www.amissimagruppo.it](http://www.amissimagruppo.it) – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [amissima@pec.amissima.it](mailto:amissima@pec.amissima.it). Numero di iscrizione nell’Albo delle Imprese tenuto dall’IVASS: 1.00031 - Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

#### 2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL’IMPRESA

Al 31 dicembre 2016, l’ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 281,1 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 e Riserve Patrimoniali Euro 61,9 milioni. L’indice di solvibilità è pari al 110,66% e rappresenta il rapporto tra l’ammontare del margine di solvibilità disponibile e l’ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

#### Avvertenza - Durata del contratto

La copertura cessa automaticamente in quanto senza tacito rinnovo e quindi senza obbligo di disdetta alla scadenza contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall’Art. 8 – Proroga dell’Assicurazione, delle Norme che regolano l’Assicurazione in generale.

#### 3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- **Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia**

La Società indennizza i danni derivanti dal caso di Malattia che comporti un’Invalidità Permanente, secondo quanto previsto dagli Articoli da 14 a 25 delle Norme che regolano l’Assicurazione Invalidità Permanente da malattia.

#### Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le “Esclusioni” di polizza espressamente indicate nelle Norme che regolano l’Assicurazione (Art. 16), determinano i casi di inoperatività della copertura.

#### Avvertenza - Limitazioni di copertura – Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall’applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dagli Artt. 21 e 22.

#### Esempi di applicazione di franchigie, scoperti e sottolimiti di risarcimento:

somma assicurata per garanzia I.P.M. Euro 100.000,00 - I.P. accertata 25% - I.P. liquidata, pari al 5% della somma assicurata: Euro 5.000,00.

#### Avvertenza - Limiti di età

Il limite minimo di età assicurabile è sancito in anni 18, mentre il limite massimo di età assicurabile è sancito in anni 70, come indicato all’Art. 17 – Limiti di età, delle Norme che regolano l’Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

#### 4. PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

**Avvertenza** - Per la copertura sono previsti periodi di carenza contrattuale indicati in maniera specifica dall'Art. 15 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa, delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

#### 5. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

**Avvertenza** - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di negoziazione e conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla validità della copertura, secondo quanto previsto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

**Avvertenza** - Per evitare contestazioni in merito alla validità della copertura è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario sanitario.

Prima della sottoscrizione dello stesso questionario sanitario il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

**Avvertenza** - Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

1. se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
2. se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
3. nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Come indicato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

#### 6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio, ai sensi degli Artt. 5 e 6 delle Condizioni generali di Assicurazione.

**Esempio:** la sopravvenienza in corso di contratto di alcoolismo o tossicodipendenza comporta aggravamento di rischio.

#### 7. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento *annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale*. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%; il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%; mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 5%.

**Il contratto può essere stipulato con durata poliennale; in tal caso sono previsti specifici sconti predisposti a fronte di tale poliennialità, con le seguenti modalità:**

- 3 anni – sconto 3%;
- 5 anni – sconto 5%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

**Avvertenza** - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base di specifiche valutazioni o iniziative di carattere commerciale.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

## 8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dalla clausola di indicizzazione indicata all'Art. 13 – Adeguamento automatico, della Clausola di indicizzazione, valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza.

## 9. RECESSO

Ai sensi dell'articolo 1899 - primo comma - del c.c., non è riconosciuta al Contraente la facoltà di recedere dall'assicurazione. Non è altresì previsto il recesso in caso di sinistro.

## 10. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro secondo le modalità di cui all'articolo dall'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità.

## 11. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 180 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana ferme le norme di diritto internazionale privato nonché espressa pattuizione contraria delle parti.

## 12. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono:

- per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, pari al 2,50% del premio imponibile.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

**Avvertenza** – la data di insorgenza del sinistro corrisponde alla data in cui viene denunciata la malattia potenzialmente invalidante. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo [serviziosinistri@pec.amissima.it](mailto:serviziosinistri@pec.amissima.it), alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro trenta giorni da quando, secondo parere medico, vi sia fondato motivo di ritenere che la malattia possa residuare dei postumi di invalidità permanente.

*Inoltre:*

- Il decorso della malattia deve essere documentato da certificati medici;
- l'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società;
- la denuncia deve essere corredata dalla documentazione di cui all'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale;
- non sono previste spese per l'accertamento del danno salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Art. 23 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale);
- la Società può, a sue spese, richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica per la verifica del diritto all'indennizzo.

Per ulteriori aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

### 14. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Informazioni sulla procedura reclami ex. art. 10 Regolamento Isvap n. 24/2008

Secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 24/2008 e successive integrazioni, in tutti i casi in cui l'utente - ad esempio Contraente, Assicurato, beneficiario o danneggiato, Associazione dei Consumatori - si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà in prima battuta sporgere formale reclamo per iscritto alla Compagnia assicuratrice, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: [reclami@amissima.it](mailto:reclami@amissima.it)

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

#### **Reclami relativi ai comportamenti degli Agenti (sez. A del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori**

Amissima Assicurazioni S.p.A. gestirà i reclami presentati con riferimento ai comportamenti degli agenti di cui si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e collaboratori, fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Il suddetto termine è sospeso per un massimo di 15 giorni al fine di procedere alle integrazioni istruttorie nei confronti dell'agente interessato.

#### **Reclami relativi ai comportamenti degli intermediari quali Banche, Intermediari Finanziari, (sez. D del Registro Unico Intermediari) , Broker (sez. B del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori.**

Il reclamo relativo al comportamento degli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché quello relativo ai comportamenti dei loro dipendenti e collaboratori, dovrà essere inviato esclusivamente allo stesso intermediario, il quale provvederà ad emettere il relativo riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

Al fine di proporre il reclamo si dovrà utilizzare il modulo presente sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Qualora il reclamo presenti problematiche inerenti ad Amissima Assicurazioni S.p.A., oltre che agli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché ai loro dipendenti e collaboratori, verrà autonomamente riscontrato da entrambi entro il termine massimo di 45 giorni.

Il reclamante che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, avrà la facoltà di ricorrere:

- all'Ivass ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)) inoltrando l'apposito modulo
  - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
  - via fax 06.42.133.206,
  - via PEC all'indirizzo [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it).

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'Art. 4 del Regolamento Isvap n. 24/2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b. i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'Art. 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'Art. 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

**In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.**

- all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.
- alla conciliazione paritetica, di cui [il consumatore](#) può avvalersi in presenza dei seguenti requisiti:
  - [non ha già incaricato altri soggetti a rappresentarlo](#);
  - richiesta di [risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti](#) all'Impresa non superiore a 15.000,00 euro;
  - assenza di risposta da parte dell'Impresa;

- diniego al risarcimento;
- offerta accettata solamente a titolo di acconto.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema.

Qualora il reclamante intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla Mediazione; il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'Art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, **l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).**

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata [mediazione@pec.amissima.it](mailto:mediazione@pec.amissima.it) e/o al numero di fax 02.3076.2442.

Il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm), chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

#### 15. ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

**Avvertenza - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.**

#### Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D. Lgs. 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata [mediazione@pec.amissima.it](mailto:mediazione@pec.amissima.it) e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

#### RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

**Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n.221, ha predisposto nella home page del sito internet [www.amissimagruppo.it](http://www.amissimagruppo.it) l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.**

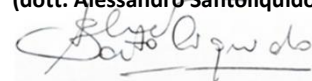
Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

*Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.*

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale  
(dott. Alessandro Santoliquido)



# Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

**ASSICURATO:**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**ASSICURAZIONE:**

il contratto di assicurazione.

**BENEFICIARIO:**

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

**CONTRAENTE:**

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

**FRANCHIGIA:**

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

**INDENNIZZO:**

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**INVALIDITÀ PERMANENTE:**

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

**IVASS:**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

**MALATTIA:**

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**POLIZZA:**

il documento che prova l'assicurazione.

**POLIZZA CUMULATIVA:**

la polizza in cui Assicurato e Contraente non si identificano in un unico soggetto, indipendentemente dal numero delle persone assicurate.

**PREMIO:**

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO:**

il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 c.c. e che forma parte integrante della polizza.

**RICOVERO:**

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

**RISCHIO:**

la probabilità che si verifichi il sinistro.

**SINISTRO:**

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

**SOCIETÀ:**

Amissima Assicurazioni S.p.A..

**SCOPERTO:**

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

**SOMMA ASSICURATA:**

somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di indennizzo in caso di sinistro.

# Informativa Privacy

## Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

### “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d’ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

#### 1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all’adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

#### 2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell’ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all’adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

#### 3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l’adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

#### 4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

- a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell’ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.
- b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l’esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione



commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

- c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

#### **5. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

#### **7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)**

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

#### **8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO**

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società. Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

# Condizioni generali di assicurazione

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 c.c..

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

### Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; 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 c.c..

La Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipula di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dalla assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

### Art. 3 – 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.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

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

### Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 c.c..

### Art. 6 – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### Art. 7 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o il Contraente devono denunciare la malattia, per iscritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo [serviziosinistri@pec.amissima.it](mailto:serviziosinistri@pec.amissima.it), all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia fondato motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa comportare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, anche se rientrante in franchigia.

La denuncia deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve presentare, trascorsi 180 giorni ma non oltre 18 mesi dalla data di denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di Invalidità Permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

### Art. 8 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La copertura cessa automaticamente senza tacito rinnovo e senza obbligo di disdetta alla scadenza contrattuale pattuita.

### Art. 9 – ONERI FISCALI

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

### Art. 10 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

**Art. 11 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

**Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie ad esso relative sono soggette alla giurisdizione italiana.

**CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE**

(Valida ed operante se espressamente richiamata sulla scheda di polizza).

**Art. 13 – ADEGUAMENTO AUTOMATICO**

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non goduto. Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

## ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

**Art. 14 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso.

**Art. 15 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA**

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

**Art. 16 – ESCLUSIONI**

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) guerra (dichiarata e non) o insurrezione;
- d) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note al Contraente o all'Assicurato e da questi sottaciute con dolo o colpa grave;
- f) patologie psichiatriche o psicologiche (psicosi e nevrosi, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi) e loro conseguenze, nonché psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia, epilessia, anoressia, bulimia e simili;
- g) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

- h) sieropositività da virus H.I.V.;
- i) malattie professionali elencate nel D.P.R. 336/94 e successive modifiche;
- l) malattie congenite;
- m) Pandemie: intendendosi patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Sono considerate tali a titolo esemplificativo: MERS, SARS, febbre gialla, chikungunya, febbre Zika, febbre del Nilo Occidentale, colera, shigellosi, febbre tifoide, meningite epidemica, peste, leptospirosi, hantavirus, febbre di Lassa, rickettsiosi, Ebola, virus di Marburgo, febbre emorragica del Congo, febbre della Rift Valley, vaiolo, virus Nipah, virus Hendra.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, i punti 1) e 2) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione dell'assicurazione.

#### Art. 17 – LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 70, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età. Non è inoltre possibile assicurare persone di età inferiore a 18 anni.

#### Art. 18 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone:

- di età inferiore a 18 anni o di età pari o superiore a 70 anni;
- domiciliate o residenti fuori dall'Italia, da San Marino o da Città del Vaticano;
- affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

In merito all'ultimo punto, come già anticipato all'Art. 11, l'assicurazione cessa con il manifestarsi delle patologie o affezioni descritte e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società. L'eventuale incasso del premio dopo che si sono verificate tali condizioni non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società su richiesta del Contraente.

#### Art. 19 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### Art. 20 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se, antecedentemente all'insorgere della malattia, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di Invalidità Permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In deroga a quanto sopra, si precisa che, nel caso in cui l'Invalidità Permanente da Malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie di seguito indicate:

- sclerosi multipla;
- mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici;
- mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici;

le medesime potranno essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità Permanente indennizzabile ai sensi dell'Art. 21 o 22 e la percentuale precedentemente indennizzata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta l'importo massimo che la Società indennizza complessivamente nell'intera durata della copertura assicurativa. Pertanto la sommatoria degli indennizzi relativi ad Invalidità Permanenti determinate da una o più malattie non può essere, nell'arco dell'intera durata della copertura, maggiore di tale somma indicata in polizza.

#### Art. 21 – CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della polizza - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia. Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopracitata per la perdita totale degli

stessi, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del **100%**. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al **25%** dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al **25%**, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari. Tuttavia, se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari l'importo già concordato, offerto ovvero – se oggettivamente determinabile nei termini stabiliti nel presente articolo – offribile all'Assicurato, in base alle condizioni di polizza.

#### Art. 22 - INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE (tabella alternativa a quella dell'Art. 21)

In alternativa alla tabella di cui all'Art. 21 – Criteri e termini di liquidazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia, l'indennizzo è dovuto solo se l'Invalidità Permanente da Malattia sia di grado superiore al **65%** della totale, secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
fino al 65	0
dal 66 al 100	100

**Art. 23 – CONTROVERSIE – PERIZIA CONTRATTUALE**

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 21 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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 esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente da Malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da 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 ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

**Art. 24 – CONTINUITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Qualora la polizza venga emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione, la copertura è estesa all'Invalidità Permanente da Malattia insorta nella vigenza della precedente copertura e manifestatasi nel corso della presente copertura; in tal caso, l'indennizzo è valutato, sulla base delle disposizioni contenute nelle presenti condizioni, sulla minore delle somme assicurate previste dalle diverse polizze.

**Art. 25 - RINUNCIA ALLA RIVALSA**

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

**CONDIZIONI SPECIALI - SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE**

(Sempre valide ed operanti)

**1 – VARIAZIONE DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE**

Il Contraente stipula il contratto per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto stesso fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto, continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione dell'Impresa Contraente con una o più Imprese, il contratto continua con l'impresa incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi.

La Società, nei trenta giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

**2 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE**

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Delle variazioni del personale assicurato deve essere preso atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

**3 – ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI**

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c..

## GARANZIA OPZIONALE

(Valida solo se espressamente richiamata nella scheda di polizza)

### A – SUPERVALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE PARI O SUPERIORE AL 66%

A parziale deroga delle tabelle espresse dall'Art. 21 – Criteri e termini di liquidazione e dall'Art. 22 – Invalidità permanente grave, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia, se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al 66%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
dal 66 al 100	150