



- CASA
- AUTO
- SALUTE**
- RISPARMIO
- PROTEZIONE
- PREVIDENZA
- LAVORO

Condizioni di assicurazione
Invalidità permanente da malattia

**GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA
OGGETTO DELLA GARANZIA**

Art. 1 Invalidità permanente da malattia 2

GARANZIA FACOLTATIVA

Art. 2 Rendita vitalizia da malattia 4

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Art. 3 Termini di aspettativa 5

Art. 4 Esclusioni 5

Art. 5 Rischi assicurabili con patto speciale 6

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 6 Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro 7

Art. 7 Criteri di liquidazione 7

Art. 8 Controversie: arbitrato irrituale 8

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa somma assicurata)

OGGETTO DELLA GARANZIA

ART. 1

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, in caso di:

- malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza una invalidità permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione,

corrisponde:

- l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di valutazione e di indennizzabilità di seguito specificati.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

L'accertamento da parte della Società avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di manifestazione della malattia.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 C.C.).

Le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Criteria di indennizzabilità - Liquidazione dell'invalidità permanente da malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata.

Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

% DI I.P. ACCERTATA	% DI I.P. DA LIQUIDARE	% DI I.P. ACCERTATA	% DI I.P. DA LIQUIDARE
25	5	46	46
26	8	47	47
27	11	48	48
28	14	49	49
29	17	50	50
30	20	51	51
31	23	52	52
32	26	53	53
33	29	54	54
34	32	55	55
35	35	56	59
36	36	57	63
37	37	58	67
38	38	59	71
39	39	60	75
40	40	61	79
41	41	62	83
42	42	63	87
43	43	64	91
44	44	65	95
45	45	oltre 65	100

GARANZIA FACOLTATIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con l'indicazione della relativa rata mensile assicurata)

ART. 2

RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 1 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da malattia di cui all'art. 1, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in polizza.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da malattia di cui all'art. 1. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

ART. 3

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - Sezione 1 - art. 1, le garanzie decorrono:

dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 4

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 5;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni dell'Assicurato;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- f) le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici;
- g) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- h) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- j) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.

- k) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- m) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alla lettera a) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 5

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 4, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

ART. 6

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga diagnosi circostanziata sulla causa e sulla natura dell'infermità.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 7

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata;
- oppure, in assenza di offerta in misura determinata
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

ART. 8**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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 d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

