

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SANITARIA

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario;
- b) Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **MILANO** 

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

NOTA INFORMATIVA
Prodotto Invalidità Permanente da Malattia

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010)

*La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.*

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.

Sede Legale in via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).

Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.

E' autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati a 04.2014)

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

Gli eventuali aggiornamenti, non derivanti da innovazioni normative, alle informazioni contenute nella presente Nota sono pubblicati sul sito della società www.unipolsai.it

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

GLOSSARIO

Le definizioni di cui al presente Glossario riprendono quelle contenute nelle condizioni di assicurazione:

Assicurato

Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

Cartella Clinica

Documento redatto durante il Ricovero contenente generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Condizioni patologiche preesistenti

Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

Documentazione sanitaria

Copia conforme della Cartella Clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, delle radiografie e di ogni altro esame inerente la malattia denunciata.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali constatabili.

Invalità Permanente

La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società, a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario Sanitario

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato.

Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la podestà, prima di stipulare la Polizza, di cui fa parte integrante.

Sinistro

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

Società

L'impresa assicuratrice.

Somma assicurata

Rappresenta il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata per l'Indennizzo della prestazione garantita.

Il contratto viene offerto senza tacito rinnovo annuale.

AVVERTENZA: in proposito si rinvia a quanto previsto dall'art. 8 "Non tacita proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione copre il caso di Invalidità Permanente da Malattia (che si sia manifestata non oltre un anno dalla cessazione del contratto), prevedendo la corresponsione della Somma assicurata in caso di Malattia che comporti un'Invalidità Permanente totale.

Per invalidità parziali il capitale è corrisposto in proporzione secondo quanto stabilito dalle condizioni di assicurazione.

La Società indennizzerà l'intera Somma assicurata per i casi di Invalidità Permanente da Malattia di grado pari o superiore al 66% della totale.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio sulla prestazione sopra elencata si rinvia a quanto previsto al capitolo 2 "Condizioni generali" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: *le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno del capitolo 2 "Condizioni generali" articoli 11 "Oggetto dell'assicurazione", 12 "Decorrenza della garanzia" e 13 "Delimitazioni ed esclusioni". Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 1901 codice civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 3 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.*

AVVERTENZA: *alla copertura assicurativa sopra elencata sono applicati limiti massimi di Indennizzo (coincidenti con la Somma assicurata indicata in Polizza), nonché una franchigia (espressa in punti percentuali di Invalidità Permanente) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.*

La franchigia prevista dalla Polizza è sia "assoluta", viene quindi in ogni caso detratta dall'Indennizzo riconosciuto all'Assicurato, sia "variabile" in quanto presenta percentuali di detrazione differenti a seconda della quantificazione del danno accertato.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione all'interno del suddetto capitolo e nella scheda di Polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione della Polizza.

Esempio di franchigia assoluta: Somma Assicurata pari a Euro 100.000, Invalidità Permanente da Malattia pari al 10%, franchigia pari al 25%, Indennizzo pari a Euro 0.

Esempio di franchigia variabile: Somma Assicurata pari a Euro 100.000, Invalidità Permanente da Malattia pari al 40%, franchigia pari al 10%, Indennizzo pari a Euro 30.000 (30% x 100.000).

Esempio di limite di Indennizzo: Somma assicurata indicata in Polizza pari a Euro 100.000, percentuale di Invalidità Permanente da Malattia pari al 70%, limite di Indennizzo pari a Euro 100.000, Indennizzo corrisposto Euro 100.000.

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: *Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli artt. 11 "Oggetto dell'assicurazione" e 12 "Decorrenza della garanzia" delle condizioni di assicurazione.*

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario
AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: è necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal Questionario Sanitario, che forma parte integrante della Polizza.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede ipotesi di aggravamento o diminuzione del Rischio, né variazioni nella professione dell'Assicurato, salvo quanto disposto dall'art. 14 "Risoluzione dell'assicurazione" del capitolo 2 Condizioni generali.

In proposito si rinvia a quanto previsto dall'art. 6 "Aggravamento del rischio" delle condizioni di assicurazione.

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

Il Premio, se superiore a Euro 51,65 per ogni rata - può essere frazionato in rate semestrali (con aumento del 2% sul Premio annuo lordo). L'eventuale frazionamento è indicato nella scheda di Polizza.

AVVERTENZA: Qualora siano concedibili sconti di Premio sul singolo contratto l'intermediario illustra al Contraente le condizioni di applicabilità degli stessi.

Se la Polizza è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in scheda di Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (art. 1899, 1° comm a, del codice civile).

8. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate

La Polizza non è indicizzata.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: In caso di Sinistro il Contraente e la Società non possono recedere dal contratto, secondo quanto disposto dall'art. 7 "Non facoltà di recesso in caso di Sinistro" delle condizioni di assicurazione.

La durata massima della Polizza è quinquennale senza tacita proroga.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 3 giorni dal rilascio del certificato medico contenente dettagliate informazioni sulla natura, data di insorgenza e decorso della malattia, e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. Regime fiscale

Nel contratto si applica sul Premio imponibile l'aliquota fiscale pattuita nella misura prevista dalla normativa vigente e indicata nella scheda di Polizza.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: per data del Sinistro s'intende la manifestazione di una qualsiasi Malattia che, secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente Indennizzabile a termini di Polizza; alla denuncia deve essere allegato un certificato medico contenente dettagliate informazioni sulla Malattia.

L'assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici necessari, nonché di fornire ogni informazione e Documentazione sanitaria. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto al capitolo 2 "Condizioni generali" e all'art. 16 "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro" delle condizioni di assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA: il contratto non prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri sanitari e/o Equipe mediche convenzionati, con pagamento diretto delle spese da parte della Società.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Reclami e Assistenza Clienti

Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.5181.5353

Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'IVASS), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il

reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'IVASS oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito *internet*: <http://ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'art. 19 "Controversie - Arbitrato irrituale" delle condizioni di assicurazione.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

AVVERTENZA: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.


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

Il rappresentante legale

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Carlo Cimbrì



N.B.: si precisa che dal 1° gennaio 2013 l'ISVAP - Istituto Nazionale per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ha assunto la nuova denominazione di IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - in virtù di quanto è stato stabilito dal decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135

Data aggiornamento Nota Informativa (escluso paragrafo A.2): 01.2014

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

Definizioni

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

- 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
 - 2 Altre assicurazioni
 - 3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia
 - 4 Frazionamento del Premio
 - 5 Modifiche dell'assicurazione
 - 6 Aggravamento del rischio
 - 7 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro
 - 8 Non tacita proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
 - 9 Oneri fiscali
 - 10 Rinvio alle norme di legge
-

2 Condizioni generali

- 11 Oggetto dell'assicurazione
 - 12 Decorrenza della garanzia
 - 13 Delimitazioni ed esclusioni
 - 14 Risoluzione dell'assicurazione
 - 15 Denuncia di Sinistro
 - 16 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
 - 17 Criteri di liquidazione
 - 18 Estensione territoriale
 - 19 Controversie - Arbitrato irrituale
 - 20 Rinuncia al diritto di rivalsa
 - 21 Minorazioni preesistenti
-

Definizioni

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato	Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Cartella Clinica	Documento redatto durante il Ricovero contenente generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Condizioni patologiche preesistenti	Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Documentazione sanitaria	Copia conforme della Cartella Clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, delle radiografie e di ogni altro esame inerente la malattia denunciata.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni constatabili.
Invalidità Permanente	La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società, a corrispettivo dell'assicurazione.
Questionario Sanitario	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la podestà, prima di stipulare la Polizza, di cui fa parte integrante.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	L'impresa assicuratrice.
Somma assicurata	Rappresenta il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata per l'Indennizzo della prestazione garantita.

1 Norme che regolano l'assicurazione in generale

1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario Sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.

2 Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, 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, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C. Il Contraente, o l'Assicurato, che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'Indennizzo.

3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

Fermi i termini di decorrenza dell'assicurazione previsti dalle condizioni contrattuali (art. 12) la garanzia ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società. Se il Contraente, o l'Assicurato non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 C.C.).

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

4 Frazionamento del premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio.

L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio in arretrato.

5 Modifiche dell'assicurazione

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

6 Aggravamento del rischio

Non ha efficacia ai fini del presente contratto, salvo quanto previsto dall'art. 14.

7 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro

Le Parti non hanno la facoltà di disdettare la Polizza a seguito della denuncia di Sinistro, salvi i casi di dichiarazioni inesatte o di reticenze (art. 1).

8 Non tacita proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza, indicata nella scheda di Polizza.

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

9 Oneri fiscali

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

10 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

2 Condizioni generali

11 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente che:

- sia conseguente a malattia insorta dopo il 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'art.3, ha effetto l'assicurazione;
- si sia manifestata non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

12 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre dal 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione/rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi assicurati, il termine di cui sopra opera soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto.

La presente disposizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

13 Delimitazioni ed esclusioni

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

- Malattie o Condizioni patologiche preesistenti, nonchè le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciute alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- Malattie derivanti o comunque connesse a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- aborto volontario non terapeutico;
- liposuzione e prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio);
- 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 che non si tratti di conseguenze di terapie mediche per curare malattie indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

14 Risoluzione dell'assicurazione

Qualora nel corso della durata del contratto l'Assicurato manifesti una delle seguenti affezioni:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;

resta stabilito che l'assicurazione cessa automaticamente.

La Società rimborsa al Contraente la parte del Premio, al netto dell'imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

15 Denuncia di Sinistro

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia che, secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; alla denuncia deve essere allegato un certificato medico contenente dettagliate informazioni sulla natura, data di insorgenza e decorso della malattia, nonchè sulle sue conseguenze presumibili o, eventualmente, già verificatesi. La denuncia deve essere effettuata entro 3 giorni dal rilascio del relativo certificato, e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

16 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Su richiesta della Società in caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari.

L'Assicurato ha l'obbligo inoltre, in qualunque momento, di fornire ogni informazioni e di produrre ogni Documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

17 Criteri di liquidazione

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della Malattia.

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 25% dell'Invalidità Permanente totale.

Se l'Invalidità Permanente è di grado superiore al 25%, la Società liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata secondo le seguenti percentuali:

Percentuale di Invaldit� Permanente	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
26	2
27	4
28	6
29	8
30	10
31	12
32	14
33	16
34	18
35	20
36	22
37	24
38	26
39	28
40	30
41	32
42	34
43	36
44	38
45	40
46	42
47	44
48	46
49	48
50	50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	74
59	77
60	80
61	83
62	86
63	89
64	92
65	95
66/100	100

18 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

19 Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilit  del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se e in quale misura sia dovuto l'Indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, pi  vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nel caso in cui questi non sia Contraente di polizza. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per met  delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalit  di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per 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 altri arbitri nel verbale definitivo.

20 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili.

21 Minorazioni preesistenti

Se la Malattia colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche o patologiche.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di
Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo
Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

