



Contratto di Assicurazione malattia/**Invalità permanente da malattia**

Il presente Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di proposta 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.

**Contratto di Assicurazione malattia/Invalidità permanente da
malattia**



NOTA INFORMATIVA

Invalidità permanente da malattia/Mod. X0420.0 Edizione 11/2007

Assicurazione malattia/**Invalidità permanente da malattia**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), 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

Il contratto è concluso con Assicuratrice Val Piave S.p.A., sede legale in Belluno - Italia - Via Ippolito Caffi, 83 Telefono 0437.938611 - www.valpiave.it – e-mail: valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it Assicuratrice Val Piave S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22/02/63), è iscritta all'albo IVASS delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030 e fa parte del Gruppo ITAS Assicurazioni, iscritto al n° 010 dell'apposito albo IVASS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 28,0 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 21 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave Spa è pari al 253%, e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ed il requisito di capitale regolamentare valutati secondo le regole Solvency II.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

B . INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. La scelta effettuata risulta chiaramente indicata sul frontespizio del contratto.

AVVERTENZA

Se il contratto è stipulato **con tacito rinnovo**, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 15).

Se il contratto è stipulato **senza tacito rinnovo** (cioè **a scadenza automatica**), lo stesso cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

3 . Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto copre la garanzia di invalidità permanente conseguente a malattia (art. 1).

AVVERTENZA

Relativamente alla garanzia sono previste alcune esclusioni alle coperture assicurative, elencate nel seguente articolo del Fascicolo delle Condizioni:

Art. 3 – Esclusioni

AVVERTENZA

La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali riportate nella tabella di cui all'art. 8 del Fascicolo delle Condizioni con applicazione di una franchigia fissa del 25%.

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• Franchigia fissa

La parte di indennizzo che resta a carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per l'invalidità permanente da malattia 100.000 €

Invalidità riconosciuta	Indennizzo
20%	Nessun indennizzo
40%	30.000,00 € (si liquida il 30% - vedi tabella art. 8)
66%	100.000,00 € (si liquida il 100% - vedi tabella art. 8)

AVVERTENZA

Limite di età: 75 anni. Se l'Assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

4. Periodi di carenza contrattuali**AVVERTENZA**

L'assicurazione ha effetto dopo il periodo di carenza di 90 giorni (art. 2).

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**AVVERTENZA**

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione come indicato agli artt. 5, 12 e 13 del Fascicolo delle Condizioni.

AVVERTENZA

Il Contraente/Assicurato deve rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario medico che forma parte integrante del contratto stesso.

6. Premi

Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e il premio può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato.

In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.

Presso gli intermediari dotati degli specifici sistemi sono accettate anche carte di credito e/o pos.

AVVERTENZA

Il premio può essere soggetto a sconti, applicabili dall'intermediario o dall'impresa per motivi commerciali o di buon andamento tecnico.

7. Adeguamento del premio

Il contratto è soggetto all'adeguamento annuale del premio come indicato all'art. 11 del Fascicolo delle Condizioni.

8. Diritto di recesso**AVVERTENZA****• Diritto di recesso**

In caso di **contratto annuale** o **poliennale** le parti hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Nel caso in cui il **contratto poliennale superi i cinque anni**, il Contraente/Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di recesso non sono previsti oneri aggiuntivi.

9. 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 del codice civile.

10. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

11. Regime fiscale

Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni del 2,50% sui premi imponibili.

Il premio è detraibile dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo unico delle imposte sui redditi.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**AVVERTENZA**

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione di Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni da quando, secondo parere medico, si ritiene che la malattia interessi la garanzia prestata come stabilito all'art. 6. La denuncia della malattia viene sempre valutata con visita medica, a spese di Assicuratrice Val Piave, e viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia.

Le spese in caso di arbitrato sono sostenute da entrambe le parti nelle modalità riportate all'art. 9 del Fascicolo delle Condizioni.

13. Reclami

Premesso che, ai sensi della normativa vigente, non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti e le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto, eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:

Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento
Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it

I reclami devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico;
- b) numero della polizza e nominativo del contraente;
- c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo;
- d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. Se il reclamante non è soddisfatto della risposta, o in caso di mancato riscontro nel termine massimo di 45 giorni di cui sopra, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, a mezzo posta (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma) o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353), allegando copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro. Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it al link "Come presentare un reclamo".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda, infine, che in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, ferma la possibilità di rivolgersi all'IVASS come sopra specificato e/o di interessare l'Autorità giudiziaria, il reclamante potrà scegliere di avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

1) **Mediazione finalizzata alla conciliazione**: per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.

2) **Negoziazione assistita** finalizzata alla composizione bonaria della lite: è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al proprio avvocato di fiducia (D.L. 12 settembre 2014 n. 132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

3) **Arbitrato:** le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

Maggiori informazioni in merito sono disponibili su www.gruppooitas.it, nella sezione "Reclami".

14. Arbitrato

AVVERTENZA

In caso di controversia in merito alla determinazione dell'indennizzo le Parti possono demandare per iscritto ad un "collegio medico" la valutazione del danno secondo le modalità e le indicazioni (Comune sede dell'Ordine dei medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato), richiamate nelle relative Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

15. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione necessaria di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

Assicuratrice Val Piave è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Fabrizio Lorenz
Amministratore Delegato
Assicuratrice Val Piave S.p.A.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I CONTRATTI

→ <u>Assicurato</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
→ <u>Contraente</u>	il soggetto che stipula il contratto.
→ <u>Indennizzo</u>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
→ <u>Polizza</u>	il documento che prova l'assicurazione.
→ <u>Premio</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
→ <u>Sinistro</u>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
→ <u>Società</u>	Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LA POLIZZA MALATTIA

→ <u>Invalidità permanente da malattia</u>	la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
→ <u>Malattia</u>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

*In*validità *P*ermanente da *M*alattia

INDICE	PAGINE
Definizioni	2
Oggetto e delimitazione del rischio.....	3
Sinistri - Diritti e doveri delle Parti.....	5
Altri diritti e doveri delle Parti	10

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza."

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Invalidità Permanente da Malattia:

la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Sinistro: il verificarsi di una malattia dalla quale possa derivare all'Assicurato un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

Società: Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.



OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1 - Rischio assicurato L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione.

Art. 2 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattia manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art.14 "Pagamento del premio", ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, 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. 3 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di:

- a) malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c) delitti dolosi dell'Assicurato (sono comprese le conseguenze della colpa grave dell'Assicurato);
- d) positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate;
- e) abuso di alcool, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti e psicofarmaci;
- f) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- h) guerre e insurrezioni.

Art. 4 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 5 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 12 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.



SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 6 - Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi (v. anche art. 17)

L'Assicurato deve denunciare la malattia **entro tre giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque **non oltre un anno** dalla cessazione dell'assicurazione.

La denuncia del sinistro deve contenere la certificazione medica sulla natura dell'infermità.

Il decorso della malattia deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione** o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell'assicurato**.

L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte;**
- **certificato di stato di famiglia** relativo all'assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;



eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

Accertamento, liquidazione e pagamento

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.**

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione** dello stesso. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,
- l'importo offribile, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **eredi o aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione attestante tale stabilizzazione.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, gli **eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.



Art. 7 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, fermo quanto disposto dall'art.1 "Rischio assicurato", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (vedere Definizioni - Malattie coesistenti).

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

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

Art. 8 - Liquidazione dell'indennità

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le **tabelle contenute nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124** "Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", conosciute anche come "Tabelle INAIL".

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente, fermo restando che **nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%**.

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE			
ACCERTATA	DA LIQUIDARE	ACCERTATA	DA LIQUIDARE
26	2	46	42
27	4	47	44
28	6	48	46
29	8	49	48
30	10	50	50
31	12	51	52
32	14	52	54
33	16	53	56
34	18	54	58
35	20	55	60
36	22	56	62
37	24	57	64
38	26	58	66
39	28	59	68
40	30	60	70
41	32	61	75
42	34	62	80
43	36	63	85
44	38	64	90
45	40	65	95
		66	100

Art. 9 - Determinazione dell'indennizzo - perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 7 "Criteri di indennizzabilità" debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente 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 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 10 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

Art. 11 - Adeguamento del premio

La presente polizza è soggetta ad "Adeguamento del premio" pertanto, alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, sarà inviato al Contraente il nuovo premio aggiornato alla percentuale dell'1,50%.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 13 - Altre assicurazioni Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se il Contraente omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 14 - Pagamento del premio

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 successivi, 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 del Codice Civile.

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

Art. 15 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Nei confronti dell'ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.

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

Art. 16 - Modifiche dell'assicurazione

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



Art. 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (v. anche art. 6)

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società nei termini e con le modalità previste all'art. 6 "Denuncia dell'Invalidità ed obblighi relativi".

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

Art. 18 - Oneri fiscali

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

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



ASSICURATRICE VAL PIAVE S.p.A.

Direzione e coordinamento di ITAS Mutua - Via Ippolito Caffi, 83 - 32100 Belluno - Italia
Tel. 0437 938611 - Fax 0437 938693 - www.valpiave.it - valpiave@gruppaitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Capitale soc. euro 7.000.000 I.v. - P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Belluno n° 00075940254 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030