



**NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

tra SARA ASSICURAZIONI spa

successivamente denominata semplicemente "società"

e

**Contraente :
FONDO PENSIONE DEI DIPENDENTI DELLE
SOCIETA' ASSICURATRICI DEL GRUPPO SARA ASSICURAZIONI SPA**

CONTRATTO N° 073130M

DEFINIZIONI

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

Assicurazione : il contratto di assicurazione

Cartella clinica : documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenete le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente : il soggetto che stipula l'assicurazione

Franchigia: l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'assicurato

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio : l'evento dovuto a causa fortuita , violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

Istituto di cura : l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

Malformazione – difetto fisico : ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile

Polizza : il documento che prova l'assicurazione

Premio : la somma dovuta dal Contraente alla Società

Ricovero : la permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Rischio : la possibilità che si verifichi il sinistro

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

Società : SARA assicurazioni spa

Stato patologico : ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

PREMESSA

La presente polizza viene stipulata dalla Contraente per conto di chi spetta ai sensi dell'art. 1891 c.c. e in base a quanto previsto dal C.I.A. stipulato in data 08/11/2012 tra la SARA assicurazioni e le OO.SS.AA.

Art.1) Persone assicurate

L'assicurazione s'intende prestata a favore del solo personale dipendente – escluso il personale con qualifica di dirigente che – a norma del Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 08/11/2012 tra Sara Assicurazioni Spa e OO.SS e successive modifiche, ne abbiano a tutti gli effetti diritto.

Art. 2) Oggetto dell'assicurazione: Invalidità permanente da malattia

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione e che si verifichi non oltre la scadenza della polizza, **la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante sulla base dei parametri indicati al punto B) del presente articolo.**

La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono.

A) Accertamento del grado di invalidità permanente

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o mutilazioni o difetti fisici è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante dalle condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- **malattie coesistenti** : le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;
- **malattie concorrenti** : le malattie ed invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento alle tabelle contenute nel T.U. per gli "Infotuni sul lavoro o le malattie professionali" di cui al D.P.R. 30/06/1965 n° 1124. Nei casi di invalidità permanente non prevista nel T.U., la valutazione della percentuale di invalidità è concordata tra il Medico dell'assicurato e il Consulente Medico della Società, che terranno conto della diminuita *generica* capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

B) Determinazione dell'indennizzo e somme assicurate

Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera A) si conviene che:

1) nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 60% della totale;

2) in caso d'invalidità permanente accertata di grado superiore al 60% del totale, l'indennizzo corrisposto sarà pari al 100% di quanto calcolato sulla base dei parametri e della tabella che seguono.

Con periodicità annuale, la contraente è tenuta a comunicare il numero degli assicurati ed il capitale IPM per singolo assicurato, determinato sulla base delle condizioni di cui ai parametri ed alla tabella.

A prescindere dalla somma spettante, determinata in funzione dei parametri e della tabella che seguono, l'indennizzo non potrà superare la somma massima di € 330.000.

PARAMETRI:

E' garantito un capitale base uguale per tutti i dipendenti assicurati pari ad € 130.000, in caso di Invalidità permanente totale da malattia.

L'importo verrà aumentato sulla base della composizione del nucleo familiare (da intendersi: coniuge, anche se non fiscalmente a carico, e familiari fiscalmente a carico) e dalla RAL del dipendente (determinata come da indicazioni del C.I.A. 08/11/2012) secondo i moltiplicatori/valori riportati nella seguente tabella.

Sono considerati familiari fiscalmente a carico, le persone diverse dal coniuge, come risultanti da dichiarazione rilasciata annualmente al datore di lavoro, per le quali il dipendente ha diritto, alle detrazioni per carichi di famiglia come previsto dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi. Per l'età del dipendente si farà riferimento a quella effettivamente compiuta alla data dell'evento.

TABELLA

ETA' ASSICURATO	A CAPITALE BASE	B RAL DIP. ANNUA	C COEFF. RAL	D CAPITALE INDIVIDUALE	E CONIUGE	F FAMILIARI	H CAPITALE ASSICURATO
SINO A 35	130.000	€ ...	150%	$D = A + (B \times C)$	70.000	40.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 36 A 40	130.000	€ ...	130%	$D = A + (B \times C)$	70.000	40.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 41 A 45	130.000	€ ...	110%	$D = A + (B \times C)$	60.000	35.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 46 A 50	130.000	€ ...	100%	$D = A + (B \times C)$	60.000	35.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 51 A 55	130.000	€ ...	85%	$D = A + (B \times C)$	50.000	30.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 56 A 60	130.000	€ ...	70%	$D = A + (B \times C)$	50.000	20.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 61 A 65	130.000	€ ...	60%	$D = A + (B \times C)$	40.000	10.000	$H = D + E + (F \times nr.)$
DA 66 A 70	130.000	€ ...	50%	$D = A + (B \times C)$	40.000	10.000	$H = D + E + (F \times nr.)$

Art. 3) Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermo quanto disposto dall'art.5 " Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" 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 di pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi , l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.**

Art. 5) Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Non operante

Art. 6) Proroga tacita dell'assicurazione – Periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno e' prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. 7) Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 8) Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non e' operante per le invalidità permanenti conseguenti a :

- **stati patologici preesistenti alla stipulazione del contratto; in caso di successive variazioni contrattuali, per le patologie insorte anteriormente a tali variazioni (effettuate tramite appendice o sostituzione della polizza), l'assicurazione non è operante rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso;**
- **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti**
- **trattamenti aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti, anoressia, bulimia**
- **malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici**

- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni

Art. 9) Denuncia di sinistro ed obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società.

Alla denuncia di sinistro deve essere allegata o far seguito, la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica e la conclusione della malattia;
- copia della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi 180 giorni dalla data del certificato di guarigione clinica il Contraente e l'Assicurato devono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme della cartella clinica completa ove vi sia stato ricovero, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Art. 10) Criteri di liquidazione

Ricevuta la documentazione di cui al precedente art. 9 e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne da comunicazione all'interessato e, avuto notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Ove a giudizio sia del Medico dell'assicurato che del Consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia documentata e qualora l'assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente determinato nell'importo e offerto, la Società corrisponde l'importo determinato ed offerto, ai superstiti di cui all'art. 2122 C.C. e in mancanza agli eredi testamentari o legittimi.

Invece, nel caso in cui, a causa della malattia invalidante che avrebbe comportato il riconoscimento dell'indennizzo ai sensi della presente polizza (indennizzo però non ancora determinato ed offerto), subentri il decesso, non si procederà a corrispondere l'indennizzo per invalidità permanente.

Art. 11) Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri **possono** essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune

accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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.

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 arbitrali devono essere raccolti in un 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

Art. 12) Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 13) Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 14) Oneri fiscali

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

Art. 15) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 16) Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente. La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

	Denominazione	Riferimenti
1	IFOAP Concilia	(www.ifoapconcilia.it)
2	Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane	www.camcom.gov.it
3	ADR Center	www.adrcenter.com

Art. 19 - Regolazione di premio

il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza, necessari al calcolo del premio di regolazione.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Sanzioni

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato dalla regolazione viene computato in conto e a garanzia del premio relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta, maggiorata - a titolo di penale - del 50%.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura.

Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

Se la presente polizza sostituisce un contratto per il quale è prevista la regolazione del premio, questa deve essere effettuata nei termini previsti dal contratto sostituito. Trascorsi detti termini senza che il Contraente abbia comunicato i dati necessari alla

regolazione o senza che abbia pagato il premio a conguaglio, a partire dal 30° giorno successivo ai termini per la comunicazione dei dati o alla data di notifica dell'appendice di regolazione, la garanzia della presente polizza è prestata comunque con uno scoperto del 50%, con indennizzi ridotti alla metà, salvo che l'accertamento della entità dei premi dovuti, ma non pagati, comporti una maggiore riduzione proporzionale (art. 1907 Cod. Civ.).

La Società ha facoltà di comunicare per raccomandata anche la totale sospensione della garanzia o la risoluzione del contratto, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati. L'assicurazione riprende pieno vigore dalle ore 24 del giorno di adempimento da parte del Contraente degli obblighi relativi alla comunicazione dei dati necessari alla regolazione e al pagamento del premio di conguaglio.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX