

POLIZZA-CONVENZIONE n. 10274790 –1027509
POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
PER MEDICI CHIRURGHI, MEDICI DENTISTI, ODONTOIATRI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato sui dati e le circostanze risultanti dal questionario anamnestico che forma parte integrante del presente contratto. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o 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. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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 l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del 15° 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 o alla Compagnia.

ART. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 ANTICIPATA RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia ha la facoltà di:

- recedere dal contratto
- far cessare l'assicurazione della sola persona cui si riferisce la denuncia.

L'anticipata risoluzione del contratto, o la cessazione dell'assicurazione di una sola persona, ha effetto dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso, ovvero, se comunicato meno di 90 giorni prima di detta scadenza, al termine della successiva annualità assicurativa.

Qualora la Compagnia notifichi la cessazione dell'assicurazione della singola persona cui si riferisce la denuncia, il Contraente ha la facoltà di richiedere, sempre con l'effetto di cui sopra, l'anticipata risoluzione del contratto entro 30 giorni dalla data di comunicazione della Compagnia.

ART. 6 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 7 ONERI FISCALI

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

ART. 8 FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Direzione della Compagnia ovvero del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 9 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi di diritto ad ogni azione di regresso verso le persone responsabili dell'evento per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente contratto.

ART. 10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 PRESTAZIONI E LIMITI DELLA GARANZIA

Premesso che la presente polizza è stipulata da OD SERVICE in nome e per conto dei propri iscritti e/o Associati che assumono singolarmente la veste di Assicurato:

1) Gli associati e/o iscritti alla Spett.le Contraente possono aderire alle coperture assicurative previste dal presente contratto compilando la specifica scheda di adesione e corrispondendo il relativo premio che sarà determinato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi, più eventuale frazione di mese che intercorrono dalla data dell'adesione alla prima scadenza annuale della presente polizza.

Nei casi di: malattia, intendendo Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini, 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, la Compagnia corrisponde:

l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di indennizzabilità e di valutazione e secondo le percentuali di seguito specificate.

Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Criteri di valutazione

La percentuale dell'invalidità permanente da malattia viene accertata, **non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della malattia**, con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124. Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale o anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità prevista 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 la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovuta per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 20% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 21%, la Compagnia liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

GRADO ACCERTATA	% DI	I.P.	INDENNIZZO LIQUIDARE	% DA	GRADO ACCERTATA	% DI	I.P.	INDENNIZZO LIQUIDARE	% DA
21			5		44			38	
22			5		45			40	
23			5		46			42	
24			5		47			48	
25			5		48			48	
26			5		49			48	
27			5		50			50	
28			6		51			53	
29			8		52			56	
30			10		53			59	
31			12		54			62	
32			14		55			65	
33			16		56			68	
34			18		57			71	
35			20		58			74	
36			22		59			77	
37			24		60			80	
38			26		61			83	
39			28		62			86	
40			30		63			89	
41			32		64			92	
42			34		65			95	
43			36		66			100	

ART. 12 DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA.

La garanzia decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3, 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 aspettativa di cui sopra operano:

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

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. 13 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia la valutazione dell'"Invalidità permanente da malattia" e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia ed in valuta italiana.

ART. 14 RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi, anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave all'atto della stipula dell'assicurazione;
- b) intossicazioni conseguenti all'abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni;
- d) le conseguenze delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) le conseguenze derivanti dalle cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza, intendendosi per tali le formazioni anomale di parti anatomiche obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticate prima della stipulazione della polizza;
- f) le invalidità:
 - derivanti da azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato
 - causati da abuso di alcolici e psicofarmaci e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;

Si conviene tuttavia che l'assicurazione è operante per le conseguenze derivanti da stato di guerra e/o insurrezioni, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi all'estero, con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli stessi sono in atto;

- g) 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);
- h) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;

Per le maggiori somme di movimenti e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) e d) si applicherà con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

ART. 15 LIMITI DI ETÀ'

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano tale limite di età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente.

ART. 16 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive e stati paranoidei.

ART. 17 CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione cessa, oltre al compimento del 65° anno di età

- dal momento in cui, prima della predetta data, l'Assicurato acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico;
- dal momento in cui l'Assicurato non eserciti alcuna attività professionale.

Anche nel caso in cui siano stati corrisposti i premi successivamente al verificarsi delle predette condizioni, l'assicurazione cessa e tali premi verranno dalla Compagnia restituiti a richiesta del Contraente.

ART. 18 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il Contraente e/o l'Assicurato deve denunciare la malattia 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 interessare la garanzia di cui sopra. L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo a tal fine qualsiasi medico dal segreto professionale.

L'inadempimento degli obblighi previsti dal presente articolo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 19 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Compagnia, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvedere al pagamento. Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 20 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo e/o sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza 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 si deve riunire il Collegio.

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. E' data facoltà al Collegio Medico di inviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente da malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

NAVALE ASSICURAZIONI Spa
C. so di Porta Vigentina, 9- 20122 Milano - Italia
Tel. 02/582111- fax 02/58211710
Internet www.navale.it
Capitale sociale €96.250.000,00
P.IVA 00296790389
Reg. Imprese Trib. Ferrara n° 3580
Autorizzazione con D. L. del 29/04/1923 n° 966