



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Assicurazione Infortuni Globale

Sezione Malattia

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.



Vittoria
Assicurazioni

Glossario	pag. 2
Oggetto del Contratto	pag. 3
1 Cosa è assicurato?	pag. 3
1.1 COPERTURE ASSICURATIVE	
2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	pag. 4
2.1 OPZIONE RENDITA	
2.2 INDICIZZAZIONE DELLE SOMME	
2.3 FRANCHIGIA OPZIONALE 65%	
3 Cosa non è assicurato?	pag. 6
4 Ci sono dei limiti di copertura?	pag. 7
4.1 ESCLUSIONI	
4.2 LIMITI TERRITORIALI	
4.3 LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIE	
Cosa fare in caso di Sinistro?	pag. 10
1 DENUNCIA DELLA MALATTIA E OBBLIGHI RELATIVI	
2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	
3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
4 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	

Glossario: guida alla comprensione del testo

I termini riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO" nelle presenti condizioni di assicurazione hanno il significato a loro attribuito di seguito oppure nel Glossario presente nella parte iniziale delle condizioni di assicurazione, denominata "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **DIFETTO FISICO/MALFORMAZIONE:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della **POLIZZA**.
- **FRANCHIGIA:** la parte di danno che è esclusa dall'**INDENNIZZO**, espressa in percentuali di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di **MALATTIA**, della capacità dell'**ASSICURATO** di svolgere qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **SOMMA ASSICURATA:** l'importo massimo della prestazione assicurativa, scelto dal **CONTRAENTE** per ciascuna copertura assicurativa.

Oggetto del Contratto

1 Cosa è assicurato?

[In questo articolo sono convenute ed illustrate nel dettaglio le garanzie della presente Sezione "Malattia"; queste garanzie sono valide solo se espressamente richiamate in **POLIZZA**]

La **SOCIETÀ** garantisce agli **ASSICURATI** il pagamento di un **INDENNIZZO** a seguito di **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**, in base alle dichiarazioni rese dal **CONTRAENTE**, anche in nome e per conto degli **ASSICURATI** stessi.

1.1 COPERTURE ASSICURATIVE

Sono coperte dall'assicurazione le **MALATTIE** che si sono manifestate per ogni singolo **ASSICURATO** nei seguenti termini:

TERMINE PER LA MANIFESTAZIONE	DATA DI INSORGENZA (CASISTICHE ALTERNATIVE)
Un anno dalla cessazione delle coperture assicurative	Successiva alla data di decorrenza della garanzia.
	Precedente alla data di decorrenza della garanzia purché non conosciute, a tale data, dall' ASSICURATO o dal CONTRAENTE .
	Precedenti alla data decorrenza della garanzia, se avevano dato origine a cure, esami, diagnosi prima di tale data, purché dichiarate nel questionario sanitario predisposto dalla SOCIETÀ e non esplicitamente escluse ai termini di POLIZZA o con specifico atto contrattuale.

L'assicurazione è prestata:

- per la **SOMMA ASSICURATA** indicata nella **POLIZZA** riguardo al nominativo di ogni **ASSICURATO**;
- fermi i limiti e le esclusioni riportati agli articoli 3 "Cosa **NON** è assicurato?" e 4 "Ci sono dei limiti di copertura?".

La percentuale di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è accertata in base ai criteri di **INDENNIZZO** ed ai parametri per la valutazione della **INVALIDITÀ PERMANENTE** indicati all'articolo 5.2 "Determinazione dell'**INDENNIZZO**".

La percentuale per calcolare l'**INDENNIZZO** è determinata in base a quanto previsto nella tabella 10 (riportata nell'articolo 5.2 "Determinazione dell'**INDENNIZZO**").

La garanzia opera solo se operano le garanzie della sezione "Infortuni". Di conseguenza, l'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui la sezione "Infortuni" non opera più per qualsiasi motivo.

In deroga a quanto previsto sopra e all'articolo 4.1 "Esclusioni", se la presente **POLIZZA** è stata emessa in sostituzione (senza interruzioni) di altra polizza stipulata con la **SOCIETÀ** per lo stesso **RISCHIO** e riguardante gli stessi **ASSICURATI**, la garanzia vale per le **INVALIDITÀ PERMANENTI** conseguenti a **MALATTIA** insorte durante la vigenza del contratto precedente e che si sono manifestate:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la polizza sostituita e per le prestazioni previste da quest'ultima;
- non oltre un anno dalla scadenza della **POLIZZA** emessa in sostituzione.

Quanto detto vale anche nel caso di variazioni che intervengono nel corso di uno stesso contratto.

Modalità di calcolo del PREMIO

Il **PREMIO** della garanzia **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** è sempre determinato in base all'età degli **ASSICURATI** sia al momento della sottoscrizione della **POLIZZA** che, successivamente, ad ogni rinnovo annuale della medesima.

Infatti per tener conto dell'incremento di età, il **PREMIO** da pagare aumenterà fino alla scadenza contrattuale in base ai coefficienti indicati nella seguente tabella¹:

Tabella 1

RIQUADRO DEI COEFFICIENTI PER ETÀ							
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	-	18	0,0130	35	0,0741	52	0,0506
2	-	19	0,0128	36	0,0690	53	0,0482
3	-	20	0,0127	37	0,0645	54	0,0460
4	-	21	0,0125	38	0,0606	55	0,0440
5	-	22	0,0123	39	0,0571	56	0,0421
6	-	23	0,0122	40	0,0541	57	0,0404
7	-	24	0,0120	41	0,0769	58	0,0485
8	-	25	0,0119	42	0,0714	59	0,0463
9	-	26	0,0118	43	0,0667	60	0,1504
10	-	27	0,0116	44	0,0625	61	0,1538
11	0,0143	28	0,0115	45	0,0588	62	0,1333
12	0,0141	29	0,0795	46	0,0556	63	0,1176
13	0,0139	30	0,0526	47	0,0877	64	0,1053
14	0,0137	31	0,0500	48	0,0645	--	--
15	0,0135	32	0,0952	49	0,0606	--	--
16	0,0133	33	0,0870	50	0,0714	--	--
17	0,0132	34	0,0800	51	0,0533	--	--

Resta valido quanto previsto dall'articolo 2.2 "Indicizzazione delle somme", se è stata scelta la relativa opzione.

L'aumento di **PREMIO** risulterà nel documento che ad ogni scadenza di **ANNO SOLARE** e fino alla scadenza finale dell'assicurazione la **SOCIETÀ** presenterà al **CONTRAENTE**.

Nessun aumento di **PREMIO** è dovuto in caso di aggravamento dello stato di salute degli **ASSICURATI** che si verifichi successivamente alla sottoscrizione della **POLIZZA**.

2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può ampliare la copertura attivando anche le seguenti garanzie opzionali:

Personalizzazione Garanzia opzionale	Rif. Art.
Opzione rendita	2.1
Indicizzazione delle somme	2.2
FRANCHIGIA opzionale 65%	2.3

¹ Questi coefficienti (moltiplicati per cento) rappresentano l'aumento percentuale del **PREMIO** annuo lordo da applicare al **PREMIO** della precedente scadenza annuale.

OPZIONE SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

2.1 OPZIONE RENDITA

(Opzione sottoscrivibile in alternativa alla Sezione "Rendita Vitalizia da non Autosufficienza o Invalidità Permanente da Infortunio" e all'opzione con il pagamento di un **PREMIO** aggiuntivo "Indennità aggiuntiva per grandi invalidità" della Sezione "Infortuni")

La **SOCIETÀ**, nel caso di **SINISTRO** liquidabile secondo quanto previsto dal contratto di assicurazione, provvederà a:

- a) pagare all'**ASSICURATO** il 10% della somma determinata secondo i criteri previsti dalla tabella n. 10 riportata all'articolo 2 "Determinazione dell'**INDENNIZZO**", secondo le modalità indicate all'articolo 3 "Pagamento dell'**INDENNIZZO**";
- b) emettere una polizza di assicurazione rientrante nel Ramo Vita a favore dell'**ASSICURATO** il cui premio versato corrisponderà al restante 90% della somma spettante, al fine di garantire all'**ASSICURATO** la rendita vitalizia.

La rendita decorrerà dalla data di pagamento della somma indicata al punto a) e sarà pagata in rate posticipate secondo quanto prescelto dall'**ASSICURATO**.

L'importo delle rate della rendita sarà determinato in base all'età dell'**ASSICURATO** e mediante l'applicazione delle tariffe vita che saranno in quel momento in vigore ed il cui utilizzo consentirà la costituzione della garanzia prevista dal presente articolo.

Se l'indennità liquidabile è inferiore a 50.000 euro, l'**ASSICURATO** ha facoltà di ottenere il pagamento integrale di quanto a lui dovuto.

Se l'**ASSICURATO** muore nel corso del godimento di questa rendita, la **SOCIETÀ** non sarà tenuta più ad effettuare alcun pagamento dalla data di decesso dell'**ASSICURATO**.

2.2 INDICIZZAZIONE DELLE SOMME

Le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** sono soggette ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali degli indici dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati", pubblicati dall'ISTAT (Istituto Centrale di Statistica di Roma), in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni **ANNO SOLARE** sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- in fase di rinnovo della **POLIZZA**, in caso di una variazione in più o in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dal rinnovo della **POLIZZA**, dietro rilascio al **CONTRAENTE** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad esempio:**Data di effetto della POLIZZA: 1/12/2018****Data scadenza POLIZZA: 1/12/2019****Indice ISTAT rilevato a giugno 2018: 100****Indice ISTAT rilevato a giugno 2019: 102****Variazione indice ISTAT tra giugno 2018 e giugno 2019: +2%**

	1/12/2018	1/12/2019
SOMMA ASSICURATA	€ 100.000	€ 102.000
PREMIO	€ 500	€ 510

Se, in conseguenza della variazione dell'indice, le **SOMME ASSICURATE** espresse in euro ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle **PARTI** rinunciare con comunicazione da inviare tempestivamente all'altra parte con le modalità indicate all'art. 1.3 "Forma delle Comunicazioni" de "Il Contratto dalla A alla Z", all'aggiornamento degli importi sopraindicati e le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

L'indicizzazione cesserà comunque di essere operante e le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** espressi in euro rimarranno pari a quelli che risultano dall'ultimo aggiornamento effettuato, se la variazione dell'indice comporta il superamento del limite della **SOMMA ASSICURATA** di 600.000 euro per **ASSICURATO** e per il caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**.

In caso di un eventuale ritardo o di interruzione nella pubblicazione dell'indice, la **SOCIETÀ** comunicherà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento. È facoltà del **CONTRAENTE** rinunciare a tale adeguamento comunicandolo tempestivamente nelle forme di cui all'art. 1.3 "Forme della Comunicazione" de "Il Contratto dalla A alla Z".

L'indicizzazione non è ammessa su **POLIZZA** di durata poliennale con pagamento unico ed anticipato del **PREMIO**.

OPZIONE CON RIDUZIONE DEL PREMIO**2.3 FRANCHIGIA OPZIONALE 65%**

Se viene scelta questa opzione, nessun **INDENNIZZO** spetta all'**ASSICURATO** quando il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è inferiore al 65%.

Diversamente, se il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è pari o superiore al 65%, verrà pagata una percentuale pari al 100% da applicare alla **SOMMA ASSICURATA**.

3 Cosa non è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative*

Non sono assicurabili le conseguenze di **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla sottoscrizione della **POLIZZA**, sottaciuti con dolo o colpa grave all'atto della sottoscrizione della **POLIZZA**.

Non sono assicurabili le persone:

a) di età superiore a 65 anni; per le persone che raggiungono questa età nel corso del contratto

- a meno che non sia stipulato un patto speciale - l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del **PREMIO** e cessa a questa scadenza;
- b) affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Se le situazioni appena citate sopraggiungono nel corso del contratto, costituiscono per l'**ASSICURATO** causa di cessazione dell'assicurazione.

In questo caso la **SOCIETÀ** restituisce, al netto delle imposte, al **CONTRAENTE** la parte di **PREMIO** già pagata e relativa al tempo che va dal momento in cui la **SOCIETÀ** ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità, o ne è comunque venuta a conoscenza, e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato pagato il **PREMIO** o la rata di **PREMIO** in questione.

Non rientra nella copertura assicurativa per **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** alcun **INDENNIZZO** per il caso di morte dell'**ASSICURATO**.

4 Ci sono dei limiti di copertura?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la garanzia, **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, limiti e sottolimiti previsti dal contratto*

Fermo quanto stabilito dall'articolo 1 "Che cosa è assicurato?" per le patologie preesistenti e dall'articolo 3 "Cosa NON è assicurato?" per le persone, non assicurabili la **SOCIETÀ** paga l'**INDENNIZZO** per le conseguenze dirette causate dalla **MALATTIA** denunciata, indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche che esistevano prima o che sono sopraggiunte.

Sono invece conseguenze indirette e quindi non indennizzabili:

- quelle che la **MALATTIA** può avere esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle menomazioni causate dalla **MALATTIA**.

Allo stesso modo, nei casi di mutilazioni o **DIFETTI FISICI** preesistenti, l'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** è liquidato solamente per le conseguenze dirette della **MALATTIA**, senza tenere conto del maggiore pregiudizio che deriva dalle condizioni preesistenti.

Se un trattamento terapeutico può avere effetti positivi sulla prognosi della **MALATTIA**, ma l'**ASSICURATO** non intende sottoporsi allo stesso anche se la **SOCIETÀ** decide di sostenerne i relativi costi, il danno verrà valutato sulla base dei postumi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** come se l'**ASSICURATO** si fosse sottoposto a detto trattamento, senza tenere conto quindi del maggior pregiudizio che deriva dalle condizioni di salute in atto.

4.1 ESCLUSIONI

La garanzia non opera per:

- a) le conseguenze di **MALATTIE** e stati patologici che hanno dato origine a cure, o esami, o diagnosi precedentemente alla stipulazione del contratto, di cui la **SOCIETÀ** non è stata informata con dolo o colpa grave da parte del **CONTRAENTE** all'atto della sottoscrizione della **POLIZZA**. Le patologie dichiarate nel questionario sanitario predisposto dalla **SOCIETÀ**

- allegato al presente contratto assicurativo sono invece comprese nella garanzia, fermo restando comunque gli altri casi di esclusione descritte nei punti successivi del presente articolo;
- b) **INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **DIFETTI FISICI/MALFORMAZIONI**;
 - c) le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad “esaurimento nervoso”;
 - d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, e ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
 - e) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
 - f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, tranne quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - g) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - h) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi correlate;
 - i) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici che riguardano sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, e le loro complicanze e conseguenze.

Le garanzie non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**. Nel caso di variazioni che sono intervenute nel corso del contratto, le disposizioni delle lettere a) e b) si applicano con riferimento alla data della variazione invece che a quella di sottoscrizione del contratto assicurativo.

4.2 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo. La valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** e la liquidazione del danno vengono effettuate in Italia in valuta corrente.

4.3 LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIE

Cosa si intende per “limite di INDENNIZZO”?

Per limite di INDENNIZZO si intende l'importo massimo entro il quale la SOCIETÀ è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa, rappresenta quindi l'obbligazione massima della SOCIETÀ in caso di SINISTRO, per capitale, interessi e spese per una determinata garanzia.

Il LIMITE DI INDENNIZZO può essere fissato per ogni SINISTRO e/o per anno assicurato.

Esempi di applicazione di LIMITE DI INDENNIZZO per una determinata garanzia

- 1) LIMITE DI INDENNIZZO € 200,00 per SINISTRO: la SOCIETÀ pagherà massimo €200,00 per ciascun SINISTRO; non è fissato un limite per anno, quindi la SOCIETÀ pagherà tutti i sinistri che avverranno nel corso dell'anno assicurato (max € 200,00 ciascuno);
- 2) LIMITE DI INDENNIZZO € 200,00 per SINISTRO e per anno: la SOCIETÀ pagherà massimo € 200,00 nel corso dell'anno assicurato (es. 2 sinistri da € 100,00 ciascuno o 1 sinistro da € 200,00);
- 3) LIMITE DI INDENNIZZO € 200,00 per SINISTRO e € 500,00 per anno: in questo caso la SOCIETÀ pagherà massimo € 500,00 nel corso dell'anno assicurato, ma mai più di € 200,00 per ogni singolo SINISTRO.

Se un **SINISTRO** riguarda contemporaneamente più **ASSICURATI**, il limite di **INDENNIZZO** complessivo non supererà 2.500.000 euro.

Se gli **INDENNIZZI** superano la somma di 2.500.000 euro, la somma verrà ridotta proporzionalmente.

Questo limite non sarà variato nemmeno se il **CONTRAENTE** ha chiesto l'applicazione dell'opzione dell'articolo 2.2 ("*Indicizzazione delle somme*").

Inoltre, salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, la garanzia prevede l'applicazione dei limiti di **INDENNIZZO** e delle **FRANCHIGIE** di seguito indicati.

Tabella 2 - limiti di INDENNIZZO e FRANCHIGIE

Garanzia o bene colpito da SINISTRO (se assicurato in base a quanto risulta in POLIZZA)	Rif. (art.)	FRANCHIGIA (per SINISTRO salvo diversa indicazione)	Limite di INDENNIZZO o di risarcimento (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
"Determinazione dell' INDENNIZZO " Tabella per la determinazione della percentuale da applicare alla SOMMA ASSICURATA per calcolare l' INDENNIZZO	5.2	Grado di INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA inferiore al 25%	Nel caso un SINISTRO colpisca contemporaneamente più ASSICURATI , il massimo INDENNIZZO è di Euro 2.500.000.
"Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?" Indicizzazione delle Somme	2.2	Non prevista	In caso di adeguamento somma massima assicurabile per il caso di INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA Euro 600.000.

Cosa fare in caso di Sinistro?

1 DENUNCIA DELLA MALATTIA E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia del **SINISTRO** deve essere fatta alla direzione della **SOCIETÀ** o all'agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** entro 30 giorni dal momento in cui la **MALATTIA** è stata diagnosticata e sempre che la **MALATTIA** non si è manifestata dopo un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo **ASSICURATO**.

La denuncia deve essere presentata, alternativamente:

- direttamente dall'**ASSICURATO** o dal **CONTRAENTE**; oppure,
- se l'evento non è conosciuto dal **CONTRAENTE**, quando l'**ASSICURATO** o gli aventi diritto ne hanno la possibilità.

Alla denuncia del **SINISTRO** devono essere allegati un certificato medico in originale. Tale certificato medico deve contenere un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della **MALATTIA**.

Devono essere inoltre allegati alla denuncia del **SINISTRO**, o fare seguito alla medesima, anche:

- le attestazioni mediche relative allo stato della **MALATTIA**, copia delle cartelle cliniche complete;
- ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla **SOCIETÀ** e fornire ogni informazione, sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della **SOCIETÀ** i medici che lo hanno visitato e curato.

2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** viene accertato tenendo conto della diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO**, sulla base dei seguenti parametri:

a) Sistema nervoso centrale

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale (come per esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Tabella 3

Condizioni che determinano una I.P. (*) inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della MALATTIA non comportano nessuna delle seguenti condizioni: - il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;	I postumi della MALATTIA comportano almeno una delle seguenti condizioni: - il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;	- il soggetto non può prendere cura di sè stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;	- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;	- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;	- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

(*) Si specifica che "I.P." è da intendersi come **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

b) Apparato cardio-vascolare

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il cuore, le arterie e le vene (come per esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla "New York Heart Association" (NYHA):
 - Classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - Classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già un'attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - Classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- pressione arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Tabella 4

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della MALATTIA non comportano nessuna delle seguenti condizioni: - soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;	I postumi della MALATTIA comportano almeno una delle seguenti condizioni: - soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia antiipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;	- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antiipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;	-
- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	

c) Apparato respiratorio

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino (come per esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Questi parametri devono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di stessa età;
- criteri clinici generali.

Tabella 5

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della MALATTIA comportano un'alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;	I postumi della MALATTIA comportano un'alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;	- FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
- FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure la PaO ₂ inferiore all'80% del valore teorico.	- FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA; oppure la PaO ₂ inferiore al 65% del valore teorico.

d) Apparato digerente

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas (come per esempio le esofagiti, le **MALATTIE** ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Tabella 6

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS	ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS
I postumi della MALATTIA o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche	I postumi della MALATTIA o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali
e la perdita di peso determinata dalla MALATTIA non supera il 10% del valore teorico	e la perdita di peso determinata dalla MALATTIA supera il 20% del valore teorico.
e nel caso di MALATTIE pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.	
COLON, SIGMA E RETTO	COLON, SIGMA E RETTO
I postumi della MALATTIA o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo	I postumi organici della MALATTIA o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo
e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.	e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica
	e la perdita di peso determinata dalla MALATTIA supera il 20% del valore teorico.
FEGATO	FEGATO
I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica	Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica
e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica	e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica
e i postumi della MALATTIA non compromettono lo stato di nutrizione.	e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

e) Apparato urinario

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra (come per esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Tabella 7

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min.
oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg) senza adeguata terapia	oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg) non controllata da adeguata terapia
oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

f) Sistema endocrino

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono le ghiandole endocrine (come per esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le **MALATTIE** delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori ecc.), verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Tabella 8

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La MALATTIA è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia	La MALATTIA non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	oppure la MALATTIA di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

g) Sistema ematopoietico e linfatico

I postumi delle **MALATTIE** che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche come per esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere ecc.), verranno valutati in base alle seguenti condizioni:

Tabella 9

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiori a gr. 10/100 ml, senza necessità di emotrasfusioni	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia	oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure leucemia linfatica cronica in 1° stadio	
oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

h) **MALATTIE neoplastiche**

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti criteri:

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni delle metastasi.

Se la **MALATTIA** neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione delle metastasi, la valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** è fatta sulla base della condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente articolo.

Se la **MALATTIA** neoplastica, anche se sono trascorsi soltanto 3 mesi dalla denuncia del **SINISTRO**, determina una prognosi, accertata contrattualmente, che è a breve termine sfavorevole per la vita dell'**ASSICURATO**, perché non è più possibile un trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione delle metastasi, verrà pagata una somma a titolo forfettario di rimborso per le spese mediche, oppure per il mancato guadagno, per assistenza, o per quant'altro possa necessitare all'**ASSICURATO** ancora in vita.

Questo **INDENNIZZO** speciale ammonterà a 1/3 della **SOMMA ASSICURATA** e verrà pagato entro 15 giorni dalla data della prognosi.

Decorsi 180 giorni dalla data del pagamento, verrà pagato all'**ASSICURATO** ancora in vita un secondo ulteriore **INDENNIZZO** speciale, sempre uguale a 1/3 della **SOMMA ASSICURATA**.

Dopo ulteriori 180 giorni dalla data del 2° pagamento, verrà pagato all'**ASSICURATO** ancora in vita un terzo ed ultimo **INDENNIZZO** speciale uguale a 1/3 della **SOMMA ASSICURATA**. Questo meccanismo opera anche se l'**ASSICURATO** ha optato per l'"Opzione rendita" dell'articolo 2.1.

Per i casi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** che non sono specificati nelle tabelle di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO**.

Se l'**ASSICURATO**, per causa indipendente dalla **MALATTIA** che ha determinato un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** a suo carico, muore:

- prima che i postumi permanenti stabilizzati siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto in parti uguali ai beneficiari designati nella **POLIZZA** o, se non sono stati designati, in parti uguali agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti stabilizzati siano accertabili sulla base della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti stabilizzati siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto in parti uguali ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di beneficiari designati, in parti uguali agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Se non è raggiunto un accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti stabilizzati e/o sulla loro quantificazione, è possibile comunque ricorrere all'"arbitrato irrituale" dell'articolo 5.4 per la risoluzione delle controversie tra le **PARTI**.

Tabella per la determinazione della percentuale da applicare alla SOMMA ASSICURATA per calcolare l'INDENNIZZO

La percentuale da applicare alla **SOMMA ASSICURATA** per calcolare l'**INDENNIZZO** è determinata in base alla tabella di seguito riportata. Si specifica nuovamente che nessun **INDENNIZZO** è dovuto all'**ASSICURATO** quando il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è inferiore al 25%.

Tabella 10

Fasce	Grado di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato	Corrispondenti percentuali da applicare alla SOMMA ASSICURATA
Prima Fascia	inferiore al 25%	Zero
Seconda Fascia	dal 25% al 34%	15%
Terza Fascia	dal 35% al 44%	30%
Quarta Fascia	dal 45% al 54%	45%
Quinta Fascia	dal 55% al 64%	60%
Sesta Fascia	dal 65% al 74%	70%
Settima Fascia	superiore al 74%	100%

3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La procedura per il pagamento dell'**INDENNIZZO** è la seguente:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale che attesta la stabilizzazione dei postumi permanenti derivanti dalla **MALATTIA**, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del **SINISTRO**, la **SOCIETÀ** invia all'**ASSICURATO** raccomandata o PEC che reca l'invito a visita medico legale;
- entro 60 giorni dalla data della visita medico legale la **SOCIETÀ** formula proposta di liquidazione;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la **SOCIETÀ** trasmette all'**ASSICURATO** l'atto di transazione sottoscritto e quietanza.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** viene effettuato entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica menzionate all'articolo 1 "Denuncia della **MALATTIA** ed obblighi relativi" fanno capo all'**ASSICURATO**.

Se il **RISCHIO** relativo alla **POLIZZA** è ripartito per quote fra più compagnie assicurative (c.d. coassicurazione), ognuna deve effettuare la prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dalla **POLIZZA**. Non è prevista in ogni caso prevista responsabilità solidale.

4 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto del **CONTRAENTE/ASSICURATO** all'**INDENNIZZO**, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio Medico, risiedente nel comune (sede di Istituto di Medicina Legale) più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**, composto da tre medici: uno nominato dalla **SOCIETÀ**, uno dal **CONTRAENTE/ASSICURATO** ed il terzo scelto di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel

comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**. Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti per le parti, che rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere riportati 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 arbitri nel verbale definitivo.

Tabella 11 - Sintesi degli adempimenti in caso di SINISTRO

COSA FARE ENTRO 30 GIORNI	ADEMPIMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO
<p>Denunciare il SINISTRO alla direzione della SOCIETÀ o all'agenzia cui è assegnata l'assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui la MALATTIA è stata diagnosticata.</p>	<p>Alla denuncia del SINISTRO deve essere allegato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) un certificato medico in originale che contiene un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della MALATTIA; 2) le attestazioni mediche relative allo stato della MALATTIA, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di INVALIDITÀ PERMANENTE. <p>L'ASSICURATO deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla SOCIETÀ e fornire ogni informazione utile.</p>



Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 01/12/2019



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Sezione I n. 1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB025331-IPM-EDZ-1219 - ASSICURAZIONE INFORTUNI GLOBALE
SEZIONE MALATTIA