

**ASSICURAZIONE
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
Anno 2004****SOMMARIO****DEFINIZIONI****PRESTAZIONI**

- Art. 1 - Assicurati
- Art. 2 - Prestazioni

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

- Art. 3 Limiti delle prestazioni
- Art. 4 Termini di aspettativa
- Art. 5 Persone non assicurabili
- Art. 6 Criteri di indennizzabilità
- Art. 7 Estensione territoriale

ADEMPIMENTI

- Art. 8 Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società
- Art. 9 Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

LIQUIDAZIONE DEL DANNO

- Art. 10 Denuncia dell'infortunio o della malattia
- Art. 11 Controversie
- Art. 12 Competenza territoriale

DISPOSIZIONI VARIE

- Art. 13 Scadenza del contratto
- Art. 14 Imposte
- Art. 15 Clausola transitoria

CONDIZIONI PARTICOLARI

- Premio e regolazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:**

CASSA MUTUA NAZIONALE per il personale delle banche di credito cooperativo.

- **Società:**

le ASSICURAZIONI GENERALI;

- **Assicurato:**

il soggetto a cui favore è prestata l'assicurazione;

- **Assicurazione:**

il contratto di assicurazione;

- **Polizza:**

il documento che prova l'assicurazione;

- **Infortunio:**

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;

- **Malattia:**

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

- **Invalidità Permanente:**

la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione;

- **Premio:**

la somma dovuta dal Contraente alla Società;

- **sinistro:**

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione;

- **Indennizzo:**

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

SEZIONE II - PRESTAZIONI

Art. 1- Assicurati

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti delle banche di credito cooperativo iscritti alla Cassa Mutua Contraente.

Art. 2 – Prestazioni

La garanzia di cui alla presente polizza si intende prestata per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente polizza. Sono peraltro comprese le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso purché insorte durante il periodo di validità del presente contratto.

La somma assicurata per invalidità permanente da malattia a favore di ciascun assicurato viene fissata in L. 100.000.000

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 30% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado uguale o superiore al 30% della totale, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo le seguenti percentuali:

% ACCERTATA %	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA
30	13
31	15
32	18
33	21
34	23
35	25
36	28
37	31
38	33
dal 39 al 50	dal 39 al 50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	73
59	76
60	79
61	82
62	85
63	88
64	90
65	95
dal 66 e oltre	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia e non oltre 18 mesi dalla stessa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata la Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato e offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

N.B. Costestualmente, ad integrazione di quanto previsto dalle condizioni di polizza, si conviene tra le Parti che l'assicurato potrà richiedere l'accertamento dell'invalidità permanente trascorsi 6 mesi dalla denuncia e a condizione che venga prodotta certificazione medica attestante la guarigione clinica ovvero la stabilizzazione delle conseguenze della malattia.

SEZIONE III – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Limiti delle prestazioni

Art. 3 - L'assicurazione non comprende le invalidità derivanti direttamente e indirettamente da:

- stati invalidanti preesistenti alla stipulazione del contratto;
- malattie mentali;
- abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Termini di aspettativa

Art. 4 - L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno di decorrenza della garanzia.

Persone non assicurabili

Art. 5 - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni. Per quelle che raggiungono tale limite di età l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale. L'assicurazione cessa anche prima del compimento del 65° anno di età nel momento in cui l'assicurato acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Le suindicate cessazioni hanno valore senza che in contrario possa essere opposto l'incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, A.I.D.S., alcoolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Criteri di indennizzabilità

Art. 6 - La Società liquida l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata senza riguardo al maggior pregiudizio derivato da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o mutilazioni o difetti fisici.

Estensione territoriale Art. 7 - L'assicurazione vale per il mondo intero.

SEZIONE IV - ADEMPIMENTI

Forma delle comunicazioni della Contraente e dell' Assicurato alla Società

Art. 8 - Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

Art. 9 - L'assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati 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 non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 300 giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'articolo 1901 C.C.

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

SEZIONE V - LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Denuncia dell'infortunio o della malattia

Art. 10 - L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento che ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica. Successivamente devono essere inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato atte stante la stabilizzazione della malattia denunciata.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Controversie

Art. 11 - In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. 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 del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Competenza territoriale

Art. 12 - Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 11 è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, il luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quella del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

SEZIONE VI - DISPOSIZIONI VARIE

Scadenza del contratto

Art. 13 - Si conviene tra le Parti che il presente contratto non verrà tacitamente prorogato alla sua naturale scadenza,

Imposte

Art. 14 - Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Clausola transitoria

Art. 15 - A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni di polizza, si conviene tra le Parti che devono intendersi in garanzia anche le conseguenze di malattie insorte nel periodo intercorrente tra il 01.01.2001 e la data di emissione della presente polizza.

Agli effetti dell'articolo 1341 Il comma C.C. la sottoscritta dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 11 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)

Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)