

PROTEZIONE INFORTUNI



Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914

8. Sezione MALATTIA - DEFINIZIONI (specifiche della sezione malattia)

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Malattie coesistenti:	malattie o invalidità presenti nell'Assicurato, 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 nell'Assicurato, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Malattie congenite:	malattie esistenti dalla nascita e la cui origine risale alla vita intrauterina.
Malattie croniche:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e soggetta a processo morboso di lunga durata, con decorso lento e progressivo.
Malattia oncologica	si intende ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito); sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica; sono esclusi basoliomi e spinaliomi.
Malattie recidive	comparsa di una malattia in chi già ne era stato colpito e ne era clinicamente guarito.
Questionario sanitario	il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 8.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato nel questionario sanitario, si obbliga ad indennizzare, alle condizioni di seguito stabilite e nei limiti delle somme convenute nella Scheda di Polizza, una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che abbia come conseguenza una delle prestazioni descritte nel successivo art. 8.2.

Art. 8.2 – Garanzie prestate (operanti solo se indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di Polizza)

A) Invalidità Permanente

La prestazione riguarda una malattia che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente.

Sono escluse le invalidità permanenti conseguenti a malattie congenite.

Inoltre l'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti conseguenti a stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione della polizza (indipendentemente dalla loro dichiarazione sul questionario sanitario) o nei novanta giorni successivi all'effetto del contratto.

B) Inabilità Temporanea

La garanzia riguarda una malattia, che abbia come conseguenza una inabilità temporanea.

La copertura può essere prestata in una delle seguenti forme:

- a) forma "Ricovero e convalescenza";
- b) forma "Integrale".

Fermo quanto previsto dall'art. 8.4 lett. j) l'indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purché non note all'Assicurato.

C) Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza

a) Indennità per solo ricovero – day hospital

La garanzia riguarda una malattia che ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura o un day hospital.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà una indennità giornaliera, successiva ad un ricovero in Istituto di cura o un day hospital.

Fermo quanto previsto dall'art. 8.4 lett. j) l'indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purché non note all'Assicurato.

D) Indennità per immobilizzazione

La garanzia riguarda la malattia che ha come conseguenza un'immobilizzazione che richieda – a seguito di prescrizione medica – l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico. Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili – sempreché rigidi, esterni e comunque immobilizzanti – purché prescritti:

- in assenza di ricovero o di day hospital, da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero;
- in caso di ricovero o day hospital, nel corso della degenza, dai sanitari dell'Istituto di cura.

La Società corrisponderà all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione.

Fermo quanto previsto dall'art. 8.4 lett. j) l'indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purché non note all'Assicurato.

Art. 8.3 – Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia

La garanzia decorre:

a) per la invalidità permanente:

dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di effetto della presente polizza;

b) per la inabilità temporanea, indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, indennità per immobilizzazione:

• dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;

• dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Assicurato nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;

• dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

• dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

• dal giorno di decorrenza dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima risultanti;

• dal giorno di decorrenza dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 8.4 – Rischi esclusi dall'assicurazione

Dalle garanzie sono sempre escluse le conseguenze sofferte a causa di:

a) malattie manifestatesi prima della stipulazione della polizza, già note all'Assicurato e dallo stesso sottaciute con dolo e/o colpa grave;

b) guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;

c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.).

Sono altresì esclusi:

d) i trattamenti di carattere estetico non resi necessari da infortunio;

e) le cure dimagranti e dietetiche;

f) le malformazioni e difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;

g) le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, le malattie mentali, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;

h) gli stati patologici correlati alle infezioni HIV.

Sono escluse:

i) le malattie professionali (così definite dal D.P.R. del 30.06.65 n.1124 e successive modifiche);

j) le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza e sottaciute alla Società con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato all'atto della stipula della stessa;

k) le malattie conseguenti ad atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra e presidiati da Forze Militari internazionali in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace;

l) le malattie conseguenti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano usate per fini pacifici;

m) le malattie tropicali;

n) le malattie conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti.

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 8.5 – Obblighi in caso di sinistro

a) Invalidità permanente

L'Assicurato o il Contraente deve denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere del medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una invalidità permanente.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti, nonché da un certificato medico attestante la guarigione clinica o remissione della malattia purché la stessa sia stabile, quantificabile e ad esito non infausto.

Trascorsi 90 giorni dalla data del certificato attestante la stabilizzazione della malattia e non oltre 360 giorni alla data di denuncia della malattia, l'Assicurato od il Contraente sono tenuti a far pervenire alla Società un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo.

b) Inabilità temporanea, Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza e Indennità per immobilizzazione

L'Assicurato o il Contraente deve denunciare alla Società la malattia entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità. La denuncia deve essere sottoscritta dall'Assicurato o – in caso di impedimento per le conseguenze riportate – dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere data, ora e luogo dell'evento.

L'Assicurato deve far pervenire nel più breve tempo possibile il certificato medico di diagnosi e prognosi della malattia denunciata e/o la certificazione del ricovero in Istituto di cura e/o di applicazione dell'immobilizzazione.

Per la garanzia di Inabilità temporanea, l'Assicurato, dovrà trasmettere fino a cura ultimata, i certificati medici periodici sul decorso della malattia, con l'obbligo per l'Assicurato di inviare detti certificati tempestivamente alle rispettive scadenze; in caso contrario la liquidazione delle indennità viene fatta considerando come data di guarigione quella dell'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

Per la garanzia indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, l'Assicurato dovrà trasmettere la cartella clinica, alla dimissione dall'Istituto di cura. Per la garanzia indennità per immobilizzazione, entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione, l'Assicurato dovrà trasmettere i documenti giustificativi comprovanti la durata dell'immobilizzazione. L'Assicurato deve comunque fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima.

Egli è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Art. 8.6 – Sostituzione di contratto - Criteri di indennizzo

Qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra emessa dalla stessa Società senza interruzione di continuità riguardante gli stessi Assicurati e con analoghe garanzie e la malattia fosse insorta e conosciuta durante il vigore della polizza sostituita, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla somma assicurata da quest'ultima polizza, e alla sua durata, fermi restando i termini di aspettativa di cui all'art. 8.3.

Lo stesso criterio viene applicato in caso di variazioni con appendice intervenute nel corso del contratto (ma non conseguenti alla applicazione dell'adeguamento).

Art. 8.7 – Determinazione dell'Invalidità permanente

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette della malattia denunciata e viene determinata quando per effetto della remissione della malattia, le minorazioni risultano stabili, quantificabili e ad esito non infausto a giudizio medico e comunque entro 540 giorni dalla data denuncia della malattia.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, sarà ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da 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 in cui 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

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

preesistente condizione menomativa.

Se invece la precedente malattia ha determinato una invalidità accertata di misura inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il grado di Invalidità permanente da malattia viene determinato con riferimento all'elenco sottoriportato.

Elenco delle patologie

Menoplegia completa di arto superiore	60%
Menoplegia completa di arto inferiore	60%
Afasia sensoriale	60%
Emiasomatognosia con emiplegia omolaterale	100%
Alexia completa	35%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	15%
Cecità completa bilaterale	100%
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35%
Sordità completa bilaterale	60%
Sordità completa monolaterale	15%
Distiroidismi con necessità di terapia ormonale	26%
Stenosi esofagea con necessità di alimentazione liquida	45%
Fibrotorace totale	25%
Esiti di pneumonectomia	40%
Esiti di infarto miocardico con riduzione funzionale cardiaca del 50%	50%
Aneurismi toracici o addominali che permettono una attività lavorativa leggera	50%
Laparocele postchirurgico (lunghezza di 10 cm)	8%
Perdita dello stomaco	30%
Resezione dell'intestino tenue (15-20 cm)	8%
Resezione di colon (15-20 cm)	10%
Colectomia totale	40%
Colicistectomia	8%
Epatite cronica persistente	30%
Epatite cronica attiva di media entità clinica	40%
Pancreatite cronica con disturbi digestivi di modesta entità	15%
Pancreatite cronica con diabete insulinodipendente	60%
Perdita di un rene	26%
Calcolosi monolaterale con coliche mensili	26%
Calcolosi biliare con coliche mensili	20%
Perdita di un surrene	20%

Nei casi non previsti dal precedente elenco delle patologie, si farà riferimento alla Tabella allegato 1° al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124. In ogni caso il grado di invalidità permanente è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità fisica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Per le malattie che colpiscono l'organo della vista o dell'udito le valutazioni sono riferite al visus o alla capacità uditiva quali risultano dopo correzione ottica o dopo applicazione di protesi acustica.

Qualora, a giudizio del consulente medico della Società e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della malattia denunciata e 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 sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio.

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 8.8 – Invalidità Permanente da Malattia – Criteri di indennizzo

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente – accertata secondo i criteri previsti dall'art. 8.7 verrà effettuato, sempre che sia stato accertato un grado superiore al 25% con le modalità della Tabella che segue.

<i>Grado di invalidità permanente accertato</i>	<i>Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata</i>	<i>Grado di invalidità permanente accertato</i>	<i>Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata</i>
Da 0 a 25	0	46	44
26	5	47	46
27	7	48	48
28	9	49	49
29	10	50	50
30	12	51	53
31	14	52	56
32	16	53	59
33	18	54	62
34	20	55	65
35	22	56	68
36	24	57	71
37	26	58	74
38	28	59	77
39	30	60	80
40	32	61	83
41	34	62	86
42	36	63	89
43	38	64	92
44	40	65	95
45	42	oltre 65	100

Art. 8.9 – Inabilità temporanea – Criteri di indennizzo

a) Forma "Ricovero e convalescenza"

Se la garanzia viene prestata in tale forma la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle sue abituali occupazioni quando si verifichi una delle seguenti condizioni:

- sia ricoverato per almeno un giorno presso un Istituto di cura;
- sia applicata una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni consecutivi.

Qualora il ricovero sia di durata inferiore a tre giorni consecutivi (esclusi tutti i casi di day hospital) presso un Istituto di cura, la Società eroga l'indennizzo per la convalescenza per un periodo massimo di 10 giorni.

b) Forma "Integrale"

Se la garanzia viene prestata in tale forma la Società corrisponderà la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle sue abituali occupazioni.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

La franchigia non trova applicazione:

- quando la durata della inabilità temporanea sia stata superiore a sessanta giorni;
- quando si sia reso necessario un ricovero che abbia comportato una degenza continuativa superiore a sei giorni.

Resta stabilito che per queste garanzie, sia che si tratti della forma "Ricovero e convalescenza" sia che si tratti della forma "Integrale", la somma assicurata sarà corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno della malattia o dal giorno del

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ricovero regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Resta, inoltre espressamente stabilito che:

• l'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa;

• nessun indennizzo è corrisposto per i casi di parto non cesareo, di aborto non terapeutico, di malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;

• le malattie aventi per origine una medesima causa che si manifestano nei trecentosessantacinque giorni immediatamente successivi al termine dell'ultimo intervento medico per detta causa saranno considerate, agli effetti del convenuto periodo massimo di corresponsione dell'indennizzo, come la continuazione dello stesso evento/patologia;

• limitatamente alle malattie congenite non note all'Assicurato, la Società riconosce l'indennizzo sino a un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

Art. 8.10 – Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza – Criteri di indennizzo

a) Indennità per solo ricovero

La somma assicurata sarà corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno del ricovero.

La Società si obbliga a corrispondere la somma assicurata anche per ricoveri in regime di day hospital quando la relativa degenza si protragga per almeno due giorni consecutivi.

Qualora all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una malattia oncologica, la Società, fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli per altre garanzie, riconoscerà allo stesso la somma una-tantum di €1.500,00, in conseguenza di ricovero ospedaliero per una durata pari o superiore a 10 giorni continuativi dovuti a Malattia oncologica.

La Società verserà tale somma in un'unica soluzione nei sessanta giorni successivi alla presentazione della documentazione clinica.

Il diritto a tale indennità è di carattere personale e, quindi, non trasmissibile agli eredi; contestualmente al pagamento dell'indennità, la presente condizione speciale decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.

La patologia dovrà essere comprovata da un referto isto-patologico. In caso di difficoltà o impossibilità nell'ottenere un esame isto-patologico, la Società darà incarico a periti medici di verificare personalmente con i medici curanti altre evidenze indirette che possano portare alla diagnosi di malattia oncologica.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà oltre a quanto previsto al suddetto punto a) una indennità giornaliera per un periodo pari alla durata del ricovero o del day hospital sempreché i medesimi abbiano comportato una degenza di almeno due giorni consecutivi.

Resta comunque inteso che la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare novanta giorni per ciascun ricovero.

La liquidazione dell'indennità per convalescenza è automaticamente dovuta senza alcun obbligo di esibizione di certificazione medica attestante lo stato di convalescenza.

Resta inoltre espressamente stabilito che per queste garanzie:

• nessun indennizzo è corrisposto per i casi di parto non cesareo e di aborto non terapeutico, di malattie della gravidanza e del puerperio;

• le malattie aventi per origine una medesima causa che si manifestano nei trecentosessantacinque giorni immediatamente successivi al termine dell'ultimo intervento medico per detta causa saranno considerate, agli effetti del convenuto periodo massimo di corresponsione dell'indennizzo, come la continuazione dello stesso evento/patologia;

• limitatamente alle malattie congenite non note all'Assicurato, la Società riconosce l'indennizzo sino ad un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

8. Sezione MALATTIA - TEMPO LIBERO E LAVORO Scelta Persona

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 8.11 – Indennità per immobilizzazione – Criteri di indennizzo

La durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, sessanta giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene applicato l'apparecchio immobilizzante.
Limitatamente alle malattie congenite non note all'Assicurato, la Società riconosce l'indennizzo sino ad un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.
Sono comunque escluse dalla presente garanzia le immobilizzazioni:
• delle sole dita delle mani;
• conseguenti a patologie croniche e/o recidivanti.

Art. 8.12 – Anticipo indennizzo inabilità temporanea e/o ricovero

In caso di Inabilità Temporanea e/o Ricovero che comporti una durata di almeno sessanta giorni senza soluzione di continuità e certificata da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a trenta giorni a titolo di anticipazione dell'indennizzo dovuto. Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità pattuite; pertanto, nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto all'indennità, l'Assicurato si obbliga restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 8.13 – 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 dell'infortunio.

Art. 8.14 – Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.
Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dal sinistro e dopo che sia già stato possibile determinarne l'indennizzo o comunque sia stato offerto in misura determinata riguardante le garanzie Invalidità Permanente, Inabilità temporanea in qualsiasi forma prestata, Indennità per Ricovero ospedaliero e Convalescenza e per Immobilizzazione, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 8.15 – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'art.8.7, possono essere demandate – in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria Ordinaria – con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È 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

CONDIZIONE PARTICOLARE

(valida se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza)

1) Supervalutazione dell'invalidità permanente da malattia generica

La percentuale di indennizzo liquidabile in base alla tabella prevista dall'art. 8.8, si intende raddoppiata con il massimo del 100%, quando la minorazione colpisca gli arti superiori e/o le facoltà auditive e/o visive. Resta inteso che la predetta supervalutazione vale esclusivamente per i casi in cui l'invalidità permanente da malattia – determinata secondo i criteri previsti dall'art.8.7 della presente Sezione – risulti di grado superiore al 25%.



zero.caffro

mod. PIACC Editz. 02/2009

Navale

ASSICURAZIONI DAL 1914



NAVALE ASSICURAZIONI SPA. FONDATA NEL 1914. Capitale Sociale € 96.250.000,00 interamente versato.
SEDE LEGALE E DIREZIONE: V. della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia - Tel. 025821111 - Fax 0258211710 - c.p. 1221
REA 1129621 - C.F. P.IVA 00296790389 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con RDL del 29/4/1923 n° 966
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Gruppo Finanziario SpA . www.navale.it

