



# Polizza Invalidità permanente da malattia

NOTA TECNICA

Versione 06 Data 28/10/2016



## SOMMARIO

1	OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA .....	<b>4</b>
1.1	Premessa .....	4
1.2	Struttura della polizza e garanzie previste .....	4
1.2.1	Condizioni particolari e dichiarazioni .....	4
1.3	Coassicurazione .....	4
1.4	Dichiarazioni del Contraente .....	4
1.5	Limiti di età .....	5
1.6	Residenza all'estero.....	5
2	OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE E DELLE CONDIZIONI PARTICOLARI .....	<b>5</b>
2.1	Limiti di copertura e criteri assuntivi .....	5
2.2	Questionario anamnestico .....	6
3	PAGAMENTO DEL PREMIO .....	<b>6</b>
3.1	Premio minimo .....	6
3.2	Frazionamento del premio .....	6
3.3	Durata.....	6
3.4	Durata temporanea.....	7
3.5	Aliquota fiscale.....	7
3.6	Adeguamento tariffario .....	7
3.7	Premio detraibile ai fini fiscali .....	7
3.8	Flessibilità tariffaria .....	7
4	CAMPO DI OPERATIVITÀ.....	<b>7</b>
4.1	Sostituzioni .....	7
5	DOCUMENTAZIONE .....	<b>7</b>
5.1	Modello - Edizione .....	7
5.2	Modalità di stampa .....	7
5.3	Dichiarazioni per singolo Assicurato .....	8
	TABELLA COEFFICIENTI PER ETA' .....	<b>9</b>
	DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE .....	<b>10</b>
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO.....	<b>11</b>

# 1 OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

## 1.1 Premessa

La polizza **Invalidità permanente da malattia** consente di assicurare nuclei familiari o singoli individui. Questo prodotto garantisce un capitale in caso di invalidità permanente a seguito di malattia.

L'emissione del prodotto Invalidità Permanente da Malattia è riservata a chi è già cliente della Compagnia e ha già sottoscritto una polizza Infortuni o Malattia.

## 1.2 Struttura della polizza e garanzie previste

Con la polizza Invalidità permanente da malattia è possibile assicurare fino a **10 Assicurati**.

La struttura del prodotto prevede una garanzia base, condizioni particolari e dichiarazioni.

E' prevista la seguente **garanzia principale** obbligatoria:

- **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**  
prestata con le seguenti forme di franchigia (in alternativa fra loro):
  - Franchigia assorbibile del 25%
  - Franchigia del 66%

### 1.2.1 Condizioni particolari e dichiarazioni

Sono previste le seguenti condizioni particolari di polizza:

- B1 – Clausola Broker.
- B2 – Clausola Broker con riparto di Coassicurazione.
- M – Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente.
- P - Deroga alla proroga del contratto. Esclude il tacito rinnovo del contratto alla sua naturale scadenza.

Sono previste le seguenti dichiarazioni valide per singolo Assicurato:

- D2 – Continuità della garanzia.
- D3 – Limitazione della garanzia per patologie preesistenti.
- D4 – Clausola di collegamento. Esonera dalla compilazione del Questionario Anamnestico, se l'assicurato era già coperto per il medesimo rischio e a pari somme assicurate.

## 1.3 Coassicurazione

E' ammesso il ricorso alla coassicurazione, tenendo conto dell'elenco delle Compagnie benevise.

## 1.4 Dichiarazioni del Contraente

Devono essere replicate per ogni Assicurato.

In dettaglio, tali dichiarazioni riguardano:

- presenza di altre coperture assicurative stipulate per i medesimi rischi;
- precedenti coperture assicurative annullate;
- precedenti sinistri verificatisi nel triennio in relazione ai medesimi rischi;

in caso di risposta affermativa:

- alla prima domanda, è previsto il blocco della proposta che sarà vagliata in Direzione e l'inserimento dei dati relativi alle polizze in essere, alle Compagnie con cui le prime sono state stipulate;

- alla seconda domanda, è previsto il blocco della proposta che sarà vagliata in Direzione;
- alla terza domanda, è previsto il blocco della proposta che sarà vagliata in Direzione se si sono verificati più di tre sinistri o comunque l'importo è superiore a 1.500 euro.

## 1.5 Limiti di età

Sono previsti i seguenti limiti di età:

- età massima di ingresso alla data di emissione della polizza: 60 anni (oltre RD)
- età massima alla data di scadenza di polizza: 65 anni compiuti.

Se almeno uno degli assicurati, alla scadenza naturale del contratto, raggiunge il limite massimo di età consentito (65 anni compiuti), viene richiamata automaticamente la condizione particolare "Deroga alla proroga del contratto" (P) e la polizza non viene rinnovata alla scadenza.

## 1.6 Residenza all'estero

Nella polizza sono assicurabili in autonomia agenziale solo coloro che risiedono in Italia.

Nel caso in cui la residenza dell'assicurato fosse all'estero, è previsto il blocco della proposta che sarà vagliata in Direzione.

Analogamente, anche la residenza del Contraente è ammessa in autonomia agenziale solo se in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

## 2 OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE E DELLE CONDIZIONI PARTICOLARI

### 2.1 Limiti di copertura e criteri assuntivi

Le opzioni riservate alla Direzione (R.D.) sono contraddistinte dallo sfondo ombreggiato; rientrano parimenti nell'ambito dell'autonomia direzionale le somme assicurate superiori ai limiti di seguito indicati.

GARANZIE	PARAMETRI E REGOLE ASSUNTIVE	LIMITI (in Euro)
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	CAPITALE MASSIMO ASSICURABILE PER:	
	- ASSICURATI DI ETA' INFERIORE A 40 ANNI	300.000
	- ASSICURATI DI ETA' COMPRESA TRA I 40 E I 49 ANNI	200.000
	- ASSICURATI DI ETA' SUPERIORE A 49 ANNI	150.000
	FRANCHIGIE OPZIONABILI:	
	- Franchigia assorbibile del 25%	
	- Franchigia del 66%	

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	PARAMETRI E REGOLE ASSUNTIVE
M – PAGAMENTO DELL'INDENNITA' ALLA DITTA CONTRAENTE	CONCEDIBILE SOLO CON CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA
P – DEROGA ALLA PROROGA DEL CONTRATTO	AUTOMATICA IN PRESENZA DI ALMENO UN ASSICURATO CHE RAGGIUNGA IL LIMITE MASSIMO DI 65 ANNI COMPIUTI ALLA SCADENZA DEL CONTRATTO

DICHIARAZIONI PER SINGOLO ASSICURATO	PARAMETRI E REGOLE ASSUNTIVE
D2 – CONTINUITA' DELLA GARANZIA	R.D.
D3 – LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER PATOLOGIE PREESISTENTI	R.D.
D4 – CLAUSOLA DI COLLEGAMENTO	R.D. NON SELEZIONABILE IN PRESENZA DI QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER IL MEDESIMO ASSICURATO

## 2.2 Questionario anamnestico

E' prevista obbligatoriamente per ogni assicurato la compilazione a programma del Questionario Anamnestico o in alternativa la selezione della Dichiarazione "D4", con eventuale blocco della proposta che sarà vagliata in Direzione alle seguenti regole:

### Compilazione questionario anamnestico

Se tutte le risposte sono negative, il rapporto peso/altezza e la pressione arteriosa rientrano nei limiti di cui alle regole sotto riportate, l'emissione del contratto è in autonomia agenziale (in assenza di altre deroghe).

Se ci sono risposte positive e/o il rapporto peso/altezza e/o la pressione arteriosa non rientrano nei limiti, la proposta viene bloccata per la trasmissione in Direzione (RD).

### Regola per controllo peso/altezza

Il sistema verifica i dati peso/altezza inseriti per il calcolo del Body Mass Index (BMI), ovvero l'indice di massa corporea, tecnicamente definito come il rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri. Secondo la World Health Organization (WHO) se il BMI è superiore a 30 il soggetto si considera obeso.

### Regola per controllo pressione arteriosa

Il sistema verifica i dati inseriti nei campi "minima" e "massima" ed effettua il seguente controllo:

se "minima" è > 100 trasmissione proposta in Direzione (RD)

se "massima" è > 160 trasmissione proposta in Direzione (RD)

## 3 PAGAMENTO DEL PREMIO

### 3.1 Premio minimo

Il premio minimo annuo imponibile di polizza è di 50 Euro.

### 3.2 Frazionamento del premio

È ammesso il frazionamento del premio in rate semestrali, quadrimestrali e trimestrali.

L'importo imponibile della rata frazionata non può essere inferiore a 30 Euro.

L'aumento di premio è del:

- 3% per frazionamento semestrale;
- 4% per frazionamento quadrimestrale;
- 5% per frazionamento trimestrale;

### 3.3 Durata

La durata massima è pari a 1 anno (+ rateo).

E' possibile emettere polizze con durata superiore a 1 anno (+ rateo) solo in caso di sostituzione per mantenere la durata residua della polizza sostituita.

### 3.4 Durata temporanea

L'emissione di polizze con durata inferiore a un anno non è consentita.

### 3.5 Aliquota fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, è da calcolare nella misura del 2,50% sul premio imponibile di polizza.

### 3.6 Adeguamento tariffario

Ad ogni scadenza annuale del contratto, il premio di ciascun assicurato viene adeguato secondo la Tabella Coefficienti per età, riportata in allegato alla presente Nota Tecnica.

### 3.7 Premio detraibile ai fini fiscali

Per ciascun assicurato vengono indicati in polizza gli importi di premio detraibili fiscalmente calcolati su base annua.

### 3.8 Flessibilità tariffaria

Per il prodotto Invalidità Permanente da Malattia non è prevista flessibilità tariffaria.

## 4 CAMPO DI OPERATIVITÀ

### 4.1 Sostituzioni

Per quanto riguarda le sostituzioni, la polizza Invalidità permanente da malattia è compatibile con le seguenti famiglie:

Famiglie sostituibili con Invalidità permanente da malattia	Famiglie sostituenti Invalidità permanente da malattia
Health Multi	Health Multi

## 5 DOCUMENTAZIONE

### 5.1 Modello - Edizione

Il modello di polizza è 237 ed. O16.

### 5.2 Modalità di stampa

La stampa delle Condizioni di assicurazione è fissa all'interno del Fascicolo Informativo composto da:

- Nota Informativa comprensiva di Glossario
- Condizioni di assicurazione

### 5.3 Dichiarazioni per singolo Assicurato

Le presenti dichiarazioni sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

#### D2 – Continuità della garanzia

Ai fini dell'applicazione dei disposti dell'articolo "Continuità della garanzia" delle Condizioni di assicurazione si precisa che l'Assicurato risultava coperto da garanzia con Polizza N. <n. Polizza> fino alla data di sottoscrizione del presente contratto.

#### D3 – Limitazione della garanzia per patologie preesistenti

Le prestazioni previste dalla presente Polizza **non sono operanti** in caso di <descrizione patologie>.

#### D4 – Clausola di collegamento

Premesso che il presente contratto viene emesso senza soluzione di continuità in sostituzione di Polizza stipulata con l'Impresa e avente il medesimo oggetto, si prende atto tra le parti che ai fini di quanto disposto dagli artt. 1892 e 1893 codice civile, si farà riferimento alle dichiarazioni relative allo stato di salute rese dall'Assicurato in occasione della stipulazione della Polizza sostituita e varranno pertanto le relative condizioni, esclusioni e/o limitazioni di garanzia in essa previste, salvo diversa pattuizione contenuta nel presente contratto.

Non avranno quindi rilevanza le circostanze relative al rischio non dichiarate dall'Assicurato, se sopravvenute o venute a conoscenza dell'Assicurato stesso durante la validità del contratto sostituito.

Fermo quanto stabilito negli articoli "Esclusioni" e "Persone non assicurabili" delle Condizioni di assicurazione.



## TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

---

ETA'	COEFFICIENTI	ETA'	COEFFICIENTI
1	0,170	33	0,570
2	0,170	34	0,610
3	0,170	35	0,660
4	0,170	36	0,700
5	0,170	37	0,740
6	0,170	38	0,830
7	0,170	39	0,910
8	0,170	40	1,000
9	0,170	41	1,090
10	0,170	42	1,180
11	0,180	43	1,330
12	0,190	44	1,500
13	0,200	45	1,680
14	0,210	46	1,830
15	0,220	47	1,980
16	0,240	48	2,200
17	0,250	49	2,440
18	0,260	50	2,670
19	0,270	51	2,880
20	0,280	52	3,100
21	0,290	53	3,450
22	0,300	54	3,740
23	0,310	55	4,060
24	0,320	56	4,510
25	0,330	57	4,770
26	0,370	58	5,160
27	0,390	59	5,550
28	0,430	60	5,860
29	0,450	61	6,200
30	0,470	62	6,680
31	0,490	63	7,000
32	0,530	64	7,460
		65	7,920

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

---

Il Contraente dichiara:  
Relativamente all'Assicurato  
<cognome nome e data di nascita>

*Altre Coperture*  
*NO* - che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, o società;

*Altre Coperture*  
*SI*  
*max 3* - che al momento dell'emissione di questo contratto per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza sono in vigore le seguenti coperture assicurative:  
Compagnia: <variabile> Polizza: <variabile>

*Precedenti*  
*annull. NO* - che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;

*Precedenti*  
*annull. SI* - che vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;

*Precedenti*  
*Sinistri NO* - che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

*Precedenti*  
*Sinistri SI* - che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza:  
Numero di sinistri verificatisi: <xx> per un importo complessivo di: <xxxxxx> euro  
Causati da: <descrizione>

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ M F

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Peso kg.: \_\_\_\_\_ Altezza cm.: \_\_\_\_\_ Il suo peso è diminuito o aumentato nell'ultimo anno? \_\_\_\_\_ SI NO

Uomo: idoneo al servizio militare SI NO Se NO motivo: \_\_\_\_\_

Donna: Gravidanze N.: \_\_\_\_\_ Parti N.: \_\_\_\_\_ di cui cesarei N.: \_\_\_\_\_ Aborti N.: \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa abituale: Minima: \_\_\_\_\_ Massima: \_\_\_\_\_

Fa uso di tabacco? SI NO Fa uso di alcolici? SI NO Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? SI NO

		SI	NO	Data	Motivo	Risultato
Accertamenti diagnostici effettuati negli ultimi 5 anni	Elettrocardiogramma	SI	NO	_____	_____	_____
	Ecocardiogramma	SI	NO	_____	_____	_____
	Elettroencefalogramma	SI	NO	_____	_____	_____
	Ecografia	SI	NO	_____	_____	_____
	Esami del sangue	SI	NO	_____	_____	_____
	Endoscopia	SI	NO	_____	_____	_____
	Test HIV	SI	NO	_____	_____	_____
	Markers epatite	SI	NO	_____	_____	_____
	Mammografia	SI	NO	_____	_____	_____
	TAC –RMN	SI	NO	_____	_____	_____
Altri	SI	NO	_____	_____	_____	

Anamnesi patologica

**A Traumi:** \_\_\_\_\_ SI NO

Sede anatomica colpita e terapia praticata: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Sede anatomica colpita e terapia praticata: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Sede anatomica colpita e terapia praticata: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Conseguenze / Postumi: \_\_\_\_\_ SI NO  
Data: \_\_\_\_\_

Ricoveri pregressi anche in regime di Day Hospital (diversi da appendicectomia e adenoidectomia): \_\_\_\_\_ SI NO

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici subiti: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici subiti: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Protesi applicate (escluse le dentarie): \_\_\_\_\_ SI NO  
Data: \_\_\_\_\_

**B** E' stato sottoposto ad emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? In caso positivo indicare: data, motivo ed esito: \_\_\_\_\_ SI NO

**C** Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato respiratorio? \_\_\_\_\_ SI NO

Patologie	Data	Patologie	Data
a) Broncopneumopatie croniche	_____	g) Tumori	_____
b) Broncopneumopatie acute	_____	h) Altre:	_____
c) Asma bronchiale	_____	_____	_____
d) Enfisema	_____	_____	_____
e) Pleurite	_____	_____	_____
f) Tubercolosi	_____	_____	_____

D	Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Ipertensione	___	g) Varici	___
	b) Aritmie	___	h) Tromboflebiti	___
	c) Cardiopatia ischemica/Infarto	___	i) Altre:	___
	d) Ictus	___	_____	
	e) Vizi valvolari	___	_____	
	f) Aneurismi	___	_____	
E	Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato digerente?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Esofagite	___	i) Ernie della parete addominale	___
	b) Gastroduodenite	___	l) Cirrosi epatica	___
	c) Ulcera gastrica	___	m) Pancreatite	___
	d) Ulcera duodenale	___	n) Patologie ano-rettali	___
	e) Coliti ulcerose	___	o) Epatite acuta	___
	f) Morbo di Crohn	___	p) Calcolosi epato-biliare	___
	g) Ernia Jatale	___	q) Tumori	___
	h) Diverticolosi colica	___	r) Altre:	___
			_____	
F	Ha sofferto o soffre di malattie del sistema nervoso ed organi di senso?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Cefalea	___	g) Tumori	___
	b) Emicrania	___	h) Nevrosi	___
	c) Epilessia	___	i) Psicosi minori o maggiori (se SI	___
	d) Morbo di Parkinson	___	specificare la diagnosi)	
	e) Sclerosi multipla	___	_____	
	f) Distrofie muscolari/Miastenia	___	l) Altre:	___
			_____	
G	Ha sofferto o soffre di malattie del sistema endocrino e/o del metabolismo?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Diabete mellito (tipo primo)	___	e) Patologie della tiroide	___
	b) Diabete mellito (tipo secondo)	___	f) Gotta	___
	c) Malattie dell'ipofisi	___	g) Tumori	___
	d) Malattie del surrene	___	h) Altre:	___
			_____	
H	Ha sofferto o soffre di malattie del sistema urogenitale?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Nefriti / Glomerulonefriti	___	g) Cisti ovariche	___
	b) Nefrosi	___	h) Varicocele / Idrocele	___
	c) Calcolosi delle vie urinarie	___	i) Malattie della prostata	___
	d) Malattie renali	___	l) Malattie della mammella	___
	e) Prolasso uterino	___	m) Tumori	___
	f) Miomi, fibromiomi uterini	___	n) Altre:	___
			_____	
I	Ha sofferto o soffre di malattie del sangue?		SI	NO
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>
	a) Anemie	___	d) Altre:	___
	b) Emofilia	___	_____	
	c) Tumori, leucemie, linfomi	___	_____	

L	Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato osteo-articolare?		SI	NO	
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	
	a) Artrite reumatoide	___	e) Tumori	___	
	b) Artrosi	___	f) Altre:	___	
	c) Scoliosi	___	_____		
	d) Ernia del disco	___	_____		
M	Ha sofferto o soffre di malattie dell'apparato visivo e/o uditivo?		SI	NO	
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	
	a) Vizi di rifrazione (miopia, presbiopia, astigmatismo, ecc...)	___	f) Otiti	___	
	b) Glaucoma	___	g) Deficit udito	___	
	c) Cataratta	___	h) Altre:	___	
	d) Malattie della retina	___	_____		
e) Otosclerosi	___	_____			
N	Ha sofferto o soffre di malattie del connettivo?		SI	NO	
	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	<b>Patologie</b>	<b>Data</b>	
	a) Lupus eritematoso sistemico	___	c) Sclerodermia	___	
	b) Poliarterite nodosa	___	d) Altre:	___	
O	Ha sofferto o soffre di malattie della pelle? Se SI quali e quando?		SI	NO	
P	Ha sofferto o soffre di altre malattie o disturbi? Se SI quali e quando?		SI	NO	
Q	E' portatore di malformazioni e/o difetti fisici? A carico di quale apparato?		SI	NO	
R	E' portatore di malattie genetiche o congenite? Se SI quali?		SI	NO	
S	Sta attualmente seguendo cure mediche? Quali farmaci assume? E con quale posologia?			SI	NO