



---

---

**FONDO ASSISTENZA PREVIDIR**  
**FONDO INTERAZIENDALE DI ASSISTENZA**

---

---

**REGOLAMENTO**

**INVALIDITA' PERMANENTE  
DA MALATTIA**

**EDIZIONE 2010**

## Definizioni

- **Assistito:**  
la persona a favore della quale viene prestata l'assistenza mediante il rapporto associativo dell'azienda di riferimento.
- **Azienda associata:**  
l'ente che è tenuto a prestare interventi integrativi di assistenza nei confronti dei propri dipendenti o degli altri soggetti previsti dall'Art. 5 dello Statuto Previdir per contratto, accordo o regolamento aziendale.
- **Contraente:**  
Previdir – Il soggetto che stipula l'Assicurazione in favore degli Assistiti.
- **Malattia:**  
ogni stato di alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Invalidità Permanente generica:**  
la perdita o la riduzione a seguito di malattia, in maniera stabile, definitiva e non modificabile con trattamenti terapeutici, della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assistito.
- **Indennizzo:**  
la somma dovuta dalla Società in caso di invalidità permanente da malattia.
- **Rischio:**  
la possibilità che si verifichi il sinistro.
- **Stato patologico:**  
l'alterazione anatomo-tessutale da cui ha origine il processo morboso, anche se in una fase non ancora clinicamente individuabile.
- **Società:**  
la/e Società di assicurazione/i convenzionata/e.
- **Validità territoriale:**  
le coperture sono valide nel mondo intero. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio settimanale in cui la spesa è stata sostenuta.

## **Premessa**

Le prestazioni di cui al presente titolo sono riservate ai dipendenti in servizio delle Aziende Associate a Previdir, nella totalità delle loro categorie.

## **Finalità**

Previdir, mediante apposite convenzioni poste in essere con le Compagnie di Assicurazione, consente alle Aziende Associate, che ne facciano esplicita richiesta, di adempiere ai loro obblighi contrattuali e assicurativi nei confronti dei propri dipendenti.

## **Art. 1 – Identificazione delle Aziende Associate – Soggetti assicurabili**

Ciascuna Azienda associata verrà identificata con un proprio numero di polizza, al quale le parti Contraenti fanno riferimento per tutti gli adempimenti relativi al presente contratto. Possono essere assicurate, da parte delle Aziende associate a Previdir, le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate:

- a) Dirigenti alle dipendenze delle Aziende associate;
- b) Tutte le categorie di dipendenti, esclusi gli Operai;
- c) Titolari, Legali Rappresentanti, Membri del C.d.A. delle Aziende associate.

## **Art. 2 – Capitali garantiti – Limite massimo garantito**

I capitali, determinati in base alle indicazioni fornite dalle aziende associate, possono essere fissi o variabili in relazione all'ammontare delle retribuzioni. Il limite massimo garantito per ogni singola persona non può in alcun caso superare l'importo di € 1.032.913,80.

## **Art. 3 – Operatività della Convenzione**

La Convenzione si intenderà operante nei confronti di ciascuna Azienda associata dal momento in cui la Società avrà ricevuto, per il tramite della Contraente, il premio pattuito.

## **Art. 4 – Modalità ed adempimenti – Variazioni nelle persone e/o categorie assicurate**

In base alle comunicazioni effettuate dalla Contraente, la Società rilascerà alla stessa una polizza, intestata alla Azienda associata, che sarà parte integrante della presente Convenzione. Su tale documento, oltre alla determinazione del premio, verranno indicate:

- le persone e/o categorie assicurate;
- il preventivo della retribuzione annua;
- i multipli di retribuzione assicurati e/o i capitali assicurati;
- i limiti di indennizzo per persona;
- il periodo di copertura assicurativa.

Resta inteso che qualsiasi modifica e/o variazione dovesse verificarsi durante il periodo assicurativo dovrà essere comunicata via fax dalla Contraente alla Società, la quale provvederà con emissione di apposita appendice, ad apportare le modifiche e/o variazioni comunicate.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui viene effettuata la comunicazione alla Società.

L'Azienda associata verserà alla Società il maggior premio dovuto entro 60 (sessanta) giorni dalla data della variazione.

### **Art. 5 – Adesioni nel corso dell'annualità assicurativa**

Le nuove adesioni alla Convenzione, effettuate nel corso dell'annualità assicurativa, dovranno essere comunicate alla Società a mezzo fax e l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.

Il premio verrà calcolato in "pro rata" e dovrà essere versato dalla Contraente alla Società entro 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione.

### **Art. 6 – Regolazione del premio**

Nel caso in cui il premio fosse convenuto tutto od in parte sulla base di elementi variabili, esso verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, la Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate nei 60 giorni successivi alla relativa comunicazione.

Se la Contraente non effettuerà il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società potrà agire giudizialmente nei suoi confronti ed addebiterà anche le maggiori spese sostenute.

Il premio anticipato per le annualità successive verrà aggiornato in base ad accordo fra le Parti.

### **Art. 7 – Modalità di rinnovo**

La Contraente si impegna a comunicare alla Società, entro il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco delle Aziende associate e delle persone assicurate da considerare in copertura per l'annualità successiva versando il relativo premio.

### **Art. 8 – Oggetto della garanzia**

La garanzia vale per i casi di Invalidità Permanente generica conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto della garanzia e manifestatasi non oltre un anno dalla data

di cessazione. E' garantito all'assistito il pagamento di un capitale che vale a compensare, per il periodo di vita residua, la diminuzione o la perdita della capacità lavorativa conseguente a malattia, in misura corrispondente al grado di invalidità permanente che ne è derivato, secondo quanto previsto dagli artt. 13 (Criteri di indennizzabilità) e 14 (Criteri di liquidazione).

## **Art. 9 – Esclusioni**

Sono escluse dalle prestazioni le Invalidità Permanenti derivanti da:

- malattie intese come espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della convenzione;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, nonché le malattie correlate al consumo non terapeutico di stupefacenti, all'abuso di alcool e/o sostanze psicotrope;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) tranne il caso in cui il danno sia conseguente a radiazioni utilizzate a fini terapeutici della malattia denunciata;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124.

## **Art. 10 – Persone non assicurabili**

Non sono assoggettabili alla prestazione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidi, affettivi, sindromi mentali organiche e disturbi mentali organici.

Pertanto, qualora risulti che l'Assistito al momento della entrate in garanzia era affetto da una o più delle patologie sopraelencate, la copertura cessa con il manifestarsi di una qualsiasi di queste infermità ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Il manifestarsi nell'Assistito, nel corso della convenzione, di una o più di tali affezioni o malattie, con l'esclusione delle sindromi mentali organiche e disturbi mentali organici, costituisce per la Società l'aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri riguardanti le patologie sopraelencate, nonché tutti quelli verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie non sono indennizzabili.

## **Art. 11 – Limite di età**

La garanzia potrà essere attivata per persone che non abbiano compiuto il 65° anno di età e conserverà la sua validità fino al raggiungimento di tale età.

Tuttavia per le persone che raggiungono i 65 anni in corso di contratto la garanzia mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del contributo successiva al compimento dell'età suddetta.

## **Art. 12 – Durata del contratto – Tacita proroga**

La presente convenzione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2009 e scadenza dalle ore 24.00 del 31/12/2010.

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata, almeno un mese prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

## **Art. 13 – Criteri di indennizzabilità**

La garanzia è prestata per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto della garanzia.

Pertanto non sono indennizzabili le conseguenze di malattie preesistenti alla data di entrata in garanzia; inoltre nella valutazione dei postumi si tiene conto soltanto delle conseguenze della malattia insorta dopo la stipulazione del contratto e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti all'entrata in garanzia.

Qualora l'assistito denunci, contemporaneamente od in momenti successivi, più patologie, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sulle singole malattie denunciate, separatamente considerate.

## **Art. 14 – Criteri di liquidazione**

All'Assistito spetta un indennizzo calcolato in base al capitale garantito secondo i seguenti criteri:

nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%; quando l'invalidità accertata sia uguale o superiore al 25%, la Società liquida un indennizzo calcolato sul capitale garantito in base alla seguente tabella.

<b>% DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA</b>	<b>% DA APPLICARE SULLA SOMMA GARANTITA</b>
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
35/55	35/55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83

63	87
64	91
65	95
66/100	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla tabella allegata al T.U. sulla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennizzo viene stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'assistito.

### **Art. 15– Massimo indennizzo**

Il limite massimo garantito per ogni persona assistita non può essere superiore ad € 1.032.913,80 durante l'intera durata della garanzia.

In caso di più patologie, denunciate contemporaneamente, oppure in momenti successivi, le quali comportino invalidità permanenti indennizzabili secondo il presente regolamento, il cumulo dei singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale garantito.

Pertanto, contestualmente alla liquidazione di ogni sinistro, il capitale garantito si riduce automaticamente di un importo pari a quello dell'indennizzo liquidato.

Parimenti si riduce in proporzione, a partire dall'annualità successiva a quella della liquidazione del sinistro, il contributo annuale.

Nel momento in cui l'indennizzo od il cumulo degli indennizzi risultino pari al capitale garantito, la garanzia cessa automaticamente, ma Previdir ha il diritto di trattenere il contributo relativo all'annualità in corso.

Quanto precede si applica nei confronti della sola persona a cui è stato effettuato l'indennizzo.

### **Art. 16 – Diritto all'indennizzo – Non trasmissibilità agli eredi**

Tenuto conto della garanzia prestata, secondo quanto previsto dall'Art. 8 (Oggetto della Garanzia), il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'assistito muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, sarà pagato agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

### **Art. 17 – Denuncia della malattia**

L'Assistito deve denunciare per iscritto a Previdir la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

Alla denuncia deve essere unita o far seguito la seguente documentazione:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b) copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione della malattia e/o dei postumi invalidanti.

Qualora la garanzia pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata e sempreché la stessa si sia manifestata durante il periodo di validità delle garanzie, per la presentazione della denuncia è accordato il termine di un anno dalla scadenza delle garanzie.

### **Art. 18 – Obblighi dell'assistito successivi alla presentazione della denuncia**

Trascorsi almeno 12 mesi dalla data di denuncia e comunque non oltre 18 mesi, l'assistito deve presentare un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'assistito deve sottoporsi agli accertamenti e controlli eventualmente disposti dalla Società e fornire ogni altra documentazione sanitaria eventualmente necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno avuto in cura. L'assistito deve altresì sottoporsi alle cure prescritte dai medici che possano modificare positivamente le prognosi della malattia.

### **Art. 19 – Liquidazione dell'indennizzo**

Ricevuta la necessaria documentazione di cui all'Art. 18 (Obblighi dell'Assistito successivi alla presentazione della denuncia) e compiuti gli accertamenti del caso, sarà liquidato l'indennizzo che risulta dovuto, verrà data comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, si provvederà al pagamento.

La verifica delle condizioni di indennizzabilità e l'eventuale offerta di indennizzo vengono effettuate entro 6 mesi dalla data di presentazione del certificato medico attestante il grado di invalidità permanente, secondo quanto disposto al precedente Art. 18.

La valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi residui di invalidità permanente a seguito dei trattamenti terapeutici che, a giudizio sia del suo medico che di quello della Società, possano modificare positivamente la prognosi della malattia, indipendentemente dal momento in cui lo stesso si sottoporrà a detti trattamenti.

Nel caso in cui l'assistito non intenda sottoporsi a detti trattamenti terapeutici la valutazione del danno viene comunque effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto ai trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

Una volta che la malattia è stata accertata ed indennizzata, l'indennizzo relativo a detta malattia assume carattere definitivo e non si può procedere ad alcun ulteriore accertamento, sia nel caso di peggioramento della malattia, che in caso di miglioramento della stessa.



## **Art. 20 – Controversie**

In caso di divergenze di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere a norma e ai sensi delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto fra gli specialisti in Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede, a scelta dell'assistito, nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dello stesso o presso la sede legale della Società. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di 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 dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna della parti.

## **Art. 21 – Altre Assicurazioni**

A deroga dell'Art. 1910 del Codice Civile, la Contraente e/o l'Associata e/o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare alla Società l'esistenza di altre assicurazioni stipulate, per lo stesso rischio, con altre Compagnie. Permane l'obbligo della Contraente e/o l'Associata e/o l'Assicurato di comunicare eventuali altre assicurazioni I.P.M., stipulate con la Società, per le stesse persone garantite dalla presente polizza convenzione.

## **Art. 22 – Anticipata risoluzione del contratto**

Nei casi di recesso o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dall'Associata sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocata la risoluzione.

## **Art. 23 – Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

## **Art. 24 – Oneri fiscali**

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

## **Art. 25 – Rinvio alle norme di legge**

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

## **Art. 26 – Retribuzione**

Agli effetti assicurativi per “retribuzione” si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l’effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazioni agli utili e le provvigioni, nonché l’equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura, purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il contributo dovuto.

## **Art. 27 - Determinazione dell’indennità**

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell’infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui è insorta la malattia, moltiplicata per le mensilità del contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all’infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato ossia conteggiabile il contributo dovuto. Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione dell’indennità è considerata retribuzione annua dell’infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all’infortunato per il periodo di tempo decorrente dall’assunzione in servizio fino al giorno di insorgenza della malattia.

## **Art. 28 – Esonero della preventiva denuncia delle generalità**

L’Azienda associata e la Contraente sono esonerate dall’obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assistite.

Per l’identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme garantite e per il computo del contributo, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dell’Azienda associata, libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

## **Art. 29 – Determinazione del premio**

Il premio viene calcolato sulla base di elementi fissi o variabili. Nel caso di elementi variabili viene calcolato su ciascun multiplo della retribuzione annua, anticipato dall’Associata in base al preventivo annuo di retribuzione, specificato nel conteggio del premio e regolato come previsto dall’Art. 6 (Regolazione del premio).