



Overtarget

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI.

Il presente Fascicolo Informativo contenente:
▪ Nota Informativa, comprensiva del glossario;
▪ Condizioni di assicurazione;
deve essere consegnato al contraente prima
della sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

OVERTARGET

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54141 – Ed. 03/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54141/FI e dalla scheda di polizza modello INF54140 riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.

Con la firma della scheda di polizza modello INF54140 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54141/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle Sezioni:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nella scheda di polizza modello INF54140.



DEFINIZIONI	Pag.	4
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag.	6
GARANZIE ACCESSORIE	Pag.	12
CONDIZIONE PARTICOLARE	Pag.	13

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURATO

La persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BENEFICIARI

Le persone designate dall'Assicurato a riscuotere l'indennizzo in caso di proprio decesso. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa, in percentuale o in giorni (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, oggettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza una invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, parziale o totale, a seguito di infortunio della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani).

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dall'Assicurato alla Società.

RICOVERO

Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione delle parti.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 1.1 MODIFICHE CONTRATTUALI

Sono consentite solo con appendice qualora non vi siano cambiamenti di somme, premi o garanzie, diversamente è necessaria la sostituzione del contratto.

ART. 1.2 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente. L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui l'Assicurato raggiunge i 75 anni di età. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

ART. 1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato che abbia in corso o che stipuli oltre al presente solo altre due assicurazioni con altre Società (escluse le coperture connesse con altri rapporti contrattuali es. c/c bancari, carte di credito etc.) per lo stesso rischio, è esonerato dall'obbligo di denunciarle.

Ulteriori assicurazioni per lo stesso rischio devono invece essere denunciate per iscritto alla Società che, entro 60 giorni da tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

L'Assicurato che dolosamente omette la dichiarazione di cui sopra decade dal diritto dell'indennizzo.

In caso di sinistro l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

ART. 1.4 RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

L'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui la Società liquida al 100% il capitale assicurato per Invalidità Permanente; l'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata tale condizione non costituisce deroga ed il premio medesimo verrà reso dalla Società.

ART. 1.5 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali occorsi alla persona indicata nella scheda di polizza.

Si intendono inoltre espressamente garantiti gli infortuni derivanti da:

- terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani. **Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani la somma assicurata è ridotta del 50%;**
- imperizia, imprudenza o negligenza anche se gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- stato di malore, infarto ed incoscienza;
- asfissia fortuita e avvelenamenti acuti;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore o di freddo;
- stato di guerra (dichiarata o non) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese fino ad allora in pace;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- conseguenze obbiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

La garanzia è inoltre operante:

- durante l'espletamento di attività sportive non professionistiche, svolte al di fuori dell'egida di Federazioni Sportive, i capitali assicurati non si intendono ridotti. **È fatta eccezione per la pratica del calcio, calcetto e dello sci in genere per i quali i capitali si intendono in ogni caso ridotti al 50%;**
- durante l'espletamento di **attività sportive non professionistiche**, svolte sotto l'egida di Federazioni Sportive, **i capitali si intendono ridotti al 50%;** salvo che si tratti di gare podistiche, bocce, golf, pesca non subacquea, scherma e tennis per i quali i capitali si intendono comunque prestati al 100%.

Restano in ogni caso operanti le esclusioni di cui all'art. 1.6 delle stesse condizioni.

ART. 1.6 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- 2) dalla pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- 3) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 4) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 5) da stato di ubriachezza quando l'Assicurato si trovi alla guida di mezzi di locomozione, dall'abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto disposto dal precedente articolo);
- 8) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- 9) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

Sono inoltre esclusi gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su:

- aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- aeromobili di Aereoclubs;
- apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio etc.).

ART. 1.7 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuropsichiche: patologie cerebrali su base organica, disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste.

Il premio medesimo verrà perciò restituito dalla Società.

ART. 1.8 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, **sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.**

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento di rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'art. 1898 Codice Civile.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 1.9 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 1.10 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, qualora i postumi siano già stati stabilizzati la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni e percentuali seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

A) Valutazione del grado di Invalidità Permanente

	Destro	Sinistro
perdita totale, anatomica o funzionale:		
▪ di un arto superiore	70%	60%
della mano o dell'avambraccio	60%	50%
del pollice	18%	16%
dell'indice	14%	12%
del medio	8%	6%
dell'anulare	8%	6%
del mignolo	12%	10%
della falange ungueale del pollice	9%	8%
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
▪ anchilosi		
della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
▪ paralisi completa		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

	Destro	Sinistro
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
▪ anchilosi		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosidella sottoastragalica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambe due gli occhi	100%	
▪ perdita totale della capacità uditiva di:		
un orecchio	10%	
ambedue gli orecchi	40%	
▪ stenosi nasale assoluta:		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
▪ esiti di frattura:		
scomposta somatica di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12a dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
– un metamero sacrale	3%	
– un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
▪ postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
▪ perdita anatomica di un rene	15%	
▪ perdita anatomica della milza	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

B) Liquidazione dell'indennizzo

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 10% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata, pertanto in caso di invalidità permanente accertata pari o inferiore al 10% non viene liquidato nessun indennizzo. Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari il relativo importo.

ART. 1.11 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, **deve essere fatta per iscritto** all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società **entro 3 giorni dall'infortunio** o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, **l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità**; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1.12 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 1.13 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui all'art. 1.10 lettera A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 1.14 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 1.13, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, su accordo delle parti, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E 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 entro tre anni, 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.**

ART. 1.15 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 2.2.

ART. 1.16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non è diversamente regolato, valgono le disposizioni di legge.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GARANZIE ACCESSORIE

(Operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

ART. 2.1 RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, **una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 66%** della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società - mediante una polizza vita della "Serie Speciale" emessa dalla Società - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo iniziale indicato nella scheda di polizza**. L'effetto della polizza vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

ART. 2.2 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza, **le spese effettivamente sostenute:**

a) in caso di ricovero:

- per accertamenti diagnostici e onorari medici prima del ricovero stesso;
- per degenza in Istituto di cura a titolo di: assistenza medica, infermieristica, rette di degenza, medicinali e terapie varie, esami, onorari della équipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi);

b) dopo il ricovero:

- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali in Italia **(escluse le spese di natura alberghiera)**;

c) anche se non vi è stato ricovero:

- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio con il massimo di euro 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi.

d) per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonché in ambulanza - se necessaria - per il rientro al domicilio: **il tutto entro il limite del 10% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura e con il massimo di euro 520;**

e) per intervento riparatore del danno estetico **fino alla concorrenza di euro 2.600. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga **entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di Pronto Soccorso)** e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.**

Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente articolo, con uno scoperto del 20% con il minimo di euro 75 per ogni infortunio. In caso di evento che comporti esiti invalidanti superiori al 10% lo scoperto previsto verrà rimborsato assieme all'indennizzo per Invalidità Permanente o Morte. Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'art.1.11 delle Condizioni Contrattuali.

Il rimborso viene effettuato dalla Società ad avvenuta guarigione clinica, **su presentazione in originale da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi** (notule del medico, ricevuta del farmacista o dell'ambulatorio, conto dell'Istituto di cura) fiscalmente regolari e quietanzate.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONDIZIONE PARTICOLARE

(Operante solo se richiamata nella scheda di polizza)

A) Liquidazione indennizzo con franchigia del 30%

In sostituzione di quanto indicato all'articolo 1.10 lettera B) Liquidazione dell'indennizzo, **si conviene che nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado non superiore al 30% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo.**

Nei caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 30% della totale viene liquidato l'intero capitale assicurato.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. INF54141/FI



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it - www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.