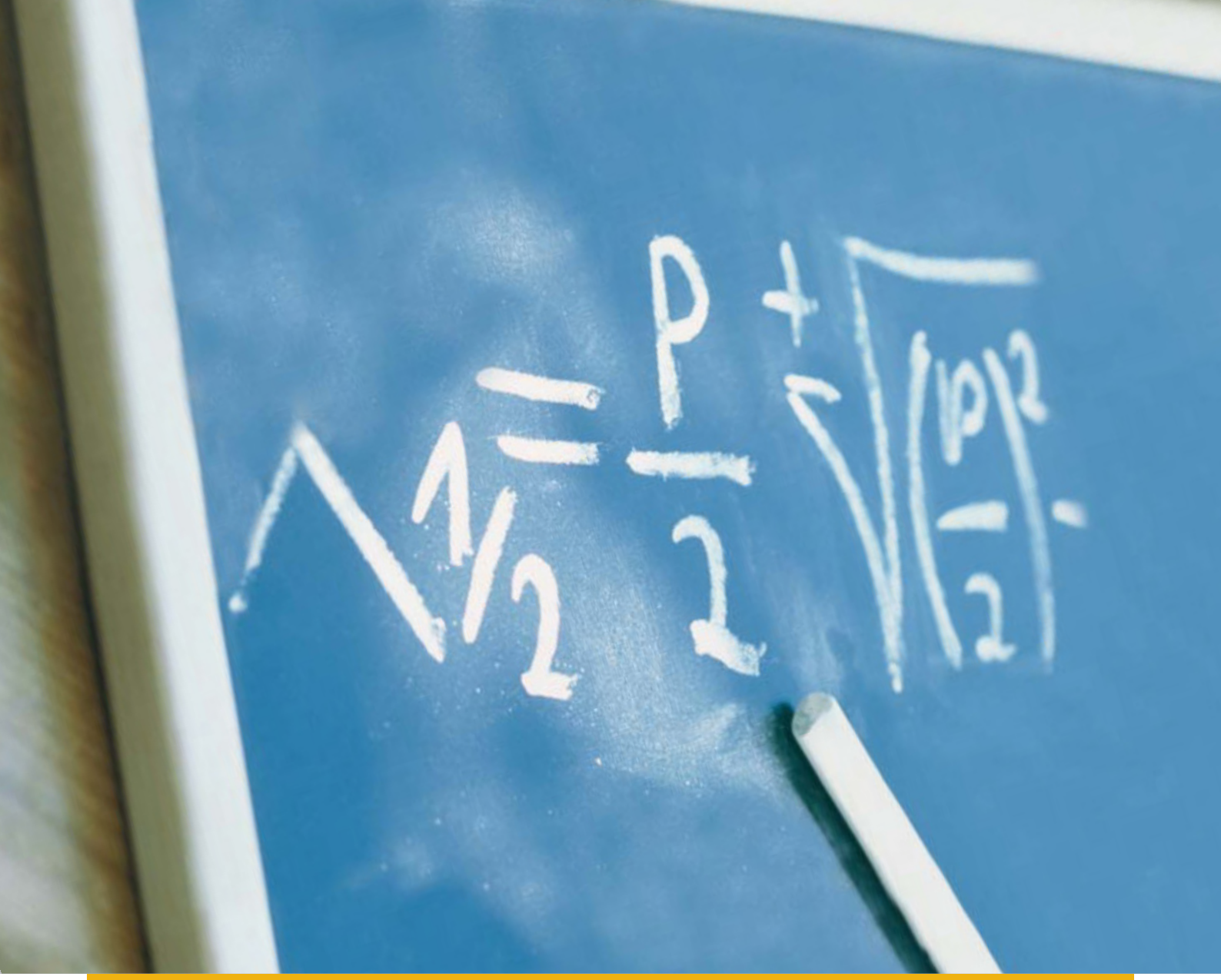


Protezione Ragazzo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEGLI STUDENTI.

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

TOGETHERMORE

PROTEZIONE RAGAZZO

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

"La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS".
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Ed. 10/2016.
Eventuali aggiornamenti successivi del presente fascicolo, non derivanti da innovazioni normative, potranno essere consultati sul sito internet della Società al seguente indirizzo: www.italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI

A - INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) **Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, appartenente al Gruppo Reale Mutua**
b) **Sede legale e direzione generale in via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano – Italia**
c) **Telefono 02 397161 - fax 02 3271270 – Sito Internet: www.italiana.it**
E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it – Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it
d) **Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923, n. 966, convertito nella legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.**

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

(dati relativi all'ultimo bilancio approvato)
Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 423 milioni di euro di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale, e 382 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 274%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

La informiamo che su www.italiana.it è **disponibile un'Area Riservata** che le permetterà di consultare la Sua posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

Il contratto, a seconda dell'accordo tra le parti (Contraente e Italiana Assicurazioni), può prevedere, oppure no, il tacito rinnovo alla sua scadenza; la scelta effettuata si può rilevare nella relativa casella ("tacito rinnovo") presente sulla scheda di polizza.

AVVERTENZA:
Se il contratto viene **stipulato con la clausola di tacito rinnovo** – che salvo diversa pattuizione è di anno in anno - **è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta**.
La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte della Società, **solo mediante comunicazione con lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza** del contratto.
La disdetta ha come effetto la risoluzione del rapporto contrattuale.
Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda all'Art. 1.5 delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "Protezione Ragazzo" contiene le garanzie per far fronte agli infortuni che possono accadere a bambini o ragazzi, nello svolgimento di ogni normale attività della vita comune comprese le attività scolastiche in genere.
Riportiamo di seguito le garanzie offerte dalla polizza.
Nella scheda di polizza sono indicate le garanzie acquistate e quindi operanti, nonché le relative somme assicurate.
Il Contraente potrà inoltre decidere se acquistare, ovvero attivare o meno, determinate Condizioni Particolari (**ad esempio** chi acquista la garanzia Invalidità Permanente può scegliere differenti regimi di franchigia, oppure è possibile comprendere anche gli infortuni derivanti dall'uso e la guida di veicoli e natanti a motore).

Eventuali pattuizioni extracontrattuali non rientranti nello standard del prodotto, saranno oggetto di appositi allegati o appendici che entreranno a far parte del contratto medesimo.

Con riferimento a quanto stabilito all'Art. 2.1 delle Condizioni Contrattuali, dove viene disciplinato cosa si intende per infortunio, le coperture previste sono:

- **MORTE** - regolamentata all'Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE** - regolamentata all'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida, a postumi stabilizzati, **una indennità calcolata applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie previste - alle componenti di capitale nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata** per Invalidità Permanente Totale.

AVVERTENZA

Per questa garanzia è prevista l'applicazione di una franchigia espressa in percentuale. Tale franchigia è relativa, ed al superamento del 25% non viene più applicata. **La disciplina è riportata al terzo comma della dell'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali.**

- **PERDITA ANNO SCOLASTICO** - regolamentata all'Art. 3.3 delle Condizioni Contrattuali: in caso di perdita dell'anno scolastico per assenza, conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, da corsi di studio frequentati in scuole elementari, medie inferiori o superiori, di durata non inferiore a 60 giorni consecutivi o 75 giorni in più soluzioni, la Società corrisponde l'indennità stabilita nello stesso Art. 3.3.
- **DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO** - regolamentata al punto A) delle Condizioni Particolari: se l'infortunio comporta l'applicazione di un mezzo di contenzione, inamovibile e permanente, reso necessario da fratture o lesioni legamentose articolari, la Società corrisponde, per ogni giorno di immobilizzazione, la somma assicurata, **entro un limite massimo di 90 giorni per sinistro**.
- **RIMBORSO SPESE DI CURA** - regolamentata al punto B) delle Condizioni Particolari: per la cura delle lesioni causate dall'infortunio la Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato.

AVVERTENZA

La garanzia prevede l'applicazione di un massimale, indicato nella scheda di polizza, nonché di specifici sottolimiti di indennizzo per alcune voci di spesa e di una franchigia per le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero.

Il massimale è la somma massima liquidabile a titolo di risarcimento del danno.

Le limitazioni sono indicate nello stesso punto B) delle Condizioni Particolari.

- **RENDITA VITALIZIA** - regolamentata al punto F) delle Condizioni Particolari: se l'infortunio determina una invalidità permanente pari o maggiore del 66% la Società eroga, a partire dal compimento del 18° anno di età se minorenni al momento dell'infortunio e fintanto che l'Assicurato risulti in vita, la rendita prevista.

AVVERTENZA

Sono presenti nelle Condizioni Contrattuali delle limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa, oltre a quelle indicate nelle specifiche garanzie di cui sopra, che danno luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Il dettaglio di tali circostanze è contenuto nei seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali:

- **2.1** Definizione d'infortunio. Delimitazione dell'assicurazione;
- **2.2** Assicurazione infortuni dei rischi volo come passeggeri;
- **4.1** Esclusioni;
- **4.2** Persone non assicurabili;
- **4.3** Persone assicurabili con patto speciale;
- **5.2** Criteri di indennizzabilità.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E DEL LIMITE DI RISARCIMENTO O MASSIMALE

Per calcolare l'indennizzo dovuto dalla Società in caso di sinistro occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali la Società interviene.

Esempi di applicazione franchigia per la garanzia Invalidità Permanente

	A	B	C
Somma assicurata per Invalidità Permanente	100.000	100.000	100.000
Franchigia	5%	5%	5%
Percentuale di Invalidità accertata	2%	12%	22%

Esempio A: **NESSUN INDENNIZZO**, l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia.
Esempio B: il danno indennizzato sarà di 7.000 (ottenuto con il seguente conteggio **12%** - **5%** = **7%** da applicarsi sulla somma assicurata 100.000).
Esempio C: il danno indennizzato sarà di 30.000 (ottenuto applicando **30%** sulla somma assicurata 100.000; **la franchigia del 5% infatti non si applica se l'invalidità permanente accertata è superiore al 25%).**

NB: in caso nel medesimo infortunio vengano interessati più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle relative percentuali ma fino al limite massimo del 100%.

Esempi di applicazione franchigia/scoperto con limite di indennizzo per la garanzia Rimborso Spese di Cura.

	A	B	C
Entità del danno	500	1.500	2.000
Massimale	1.500	1.500	1.500
Limite di indennizzo	250	/	/
Franchigia	0	100	0

Esempio A: il danno indennizzato sarà di 250 (essendo il limite di indennizzo inferiore all'entità del danno ed al massimale della garanzia e non essendo prevista alcuna franchigia).
Esempio B: il danno indennizzato sarà di 1.400 (all'entità del danno viene detratta la sola franchigia, non essendo previsti limiti di indennizzo).
Esempio C: il danno indennizzato sarà di 1.500 (essendo il massimale inferiore all'entità del danno e non essendo previsti limiti di indennizzo o franchigie).

4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, richiamati all'Art. 1.1 delle Condizioni Contrattuali, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.**

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la **perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo** nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Nel caso di diminuzione del rischio la Società, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a **ridurre il premio o le rate di premio** successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.
È da intendersi aggravamento di rischio, per esempio, il passaggio da un'attività studentesca ad un'attività lavorativa, specie se non intellettuale.
Si veda in proposito l'Art. 1.2 delle Condizioni Contrattuali.

6. PREMI

Il periodo indica la durata del contratto in rapporto al premio (appunto, periodico), il frazionamento riguarda solo il pagamento del premio che, pur se frazionato, resta unico.
Esiste la possibilità di frazionare il premio annuo imponibile in rate non inferiori a tre mesi.
L'eventuale frazionamento del premio è quello indicato nella scheda di polizza nell'apposito campo "rateazione".
Si ricordano i mezzi di pagamento ammessi:
– denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore;
– assegni bancari e circolari;
– bonifici bancari;
– bollettini postali;
– carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

AVVERTENZA
La Società o l'intermediario possono, a loro giudizio e secondo le caratteristiche del caso specifico, applicare sconti di premio.

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il prodotto "Protezione Ragazzo" non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

8. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA
Il contratto non prevede possibilità di disdetta tra le parti in caso di sinistro.

9. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno che decorre dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

10. LEGGE APPLICABILE

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana.
Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, la Società indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

11. REGIME FISCALE

L'attuale aliquota governativa prevista per il Ramo Infortuni è del 2,5%.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA
La data di insorgenza del sinistro è la data di accadimento dell'infortunio.
Le Condizioni Contrattuali prevedono che in caso di sinistro il Contraente deve provvedere alla denuncia dei fatti alla Società, entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui si abbia avuta la possibilità, precisando le circostanze dell'evento. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni Contrattuali.

Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite mediche o qualsiasi indagine ed accertamento che la Società ritenga necessari per l'iter di valutazione del danno e che le spese relative a tali certificazioni mediche **sono a carico dell'Assicurato stesso.**
I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti all'Art. 5.1.

13. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutinitaliana@italiana.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it.

Le segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra i quali:

Commissione di Garanzia
Nella continua attenzione verso i propri Clienti, Italiana Assicurazioni mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it

Mediazione per la conciliazione delle controversie
In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.
Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

14. ARBITRATO

AVVERTENZA

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di **ricorrere all'arbitrato**, in tal caso il Collegio Medico, per lo svolgimento dell'arbitrato stesso, risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In alternativa sarà sempre possibile rivolgersi **all'Autorità Giudiziaria**.
La norma è contenuta nell'Art. 5.3 delle Condizioni Contrattuali.

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni Contrattuali è il seguente:

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

BAMBINO - RAGAZZO - STUDENTE
Persona compresa in una fascia d'età tra 0 e 6 anni o, in caso di età superiore, individuo regolarmente iscritto che frequenta un corso di studi relativo alle scuole dell'obbligo o scuole di altro ordine, superiori ed università, che non svolge alcuna attività di carattere professionale.

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 il contratto di assicurazione.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIE/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.

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.

ISTITUTO DI CURA
Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, day hospital / day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiocinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

PARTI
Il Contraente e ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A..

POLIZZA
Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

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, 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.

Italiana Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
Andrea Bertalot



PROTEZIONE RAGAZZO

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54201 – Ed. 05/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente Fascicolo Informativo modello INF54201/FI, contenente le Condizioni Contrattuali e la nota informativa comprensiva del glossario, e dalla scheda di polizza modello INF54200 riportante le somme assicurate. Con la firma della scheda di polizza modello INF54200 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente Fascicolo Informativo modello INF54201/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati in polizza.

ITALIANA ASSICURAZIONI

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

DEFINIZIONI	Pag.	3
CONDIZIONI GENERALI	"	5
SEZIONE INFORTUNI	"	6
▪ Quando assicuriamo	"	6
▪ Cosa assicuriamo	"	7
▪ Cosa non assicuriamo	"	8
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	"	9
CONDIZIONI PARTICOLARI	"	14

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

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

BAMBINO – RAGAZZO – STUDENTE
Persona compresa in una fascia d'età tra 0 e 6 anni o, in caso di età superiore, individuo regolarmente iscritto che frequenta un corso di studi relativo alle scuole dell'obbligo o scuole di altro ordine, superiori ed università, che non svolge alcuna attività di carattere professionale.

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 il contratto di assicurazione.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIE/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.

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.

ISTITUTO DI CURA
Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, day hospital / day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiokinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

PARTI
Il Contraente e ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A..

POLIZZA
Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

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, 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 GENERALI

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile.
Costituisce elemento di valutazione del rischio, ed eventualmente di un suo aggravamento, il cambio di attività professionale da studente a qualsiasi altra.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 1.5 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.

ART. 1.6 ONERI FISCALI

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

ART. 1.7 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 Codice Civile.
Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Il Contraente/Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto dell'indennizzo. Non rientrano nell'obbligo di comunicazione le coperture connesse con altri rapporti contrattuali non intestati al Contraente/Assicurato (es. c/c bancario, carte di credito, polizze stipulate da istituti scolastici, enti o associazioni sportive).

ART. 1.8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

SEZIONE INFORTUNI

QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 DEFINIZIONE D'INFORTUNIO - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende evento dovuto a causa fortuita esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di **ogni normale attività della vita comune che non abbia carattere professionale, comprese le attività scolastiche in genere.**
L'Assicurazione è inoltre operante per gli infortuni:

- **subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione;**
- derivanti dallo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **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 o in un paese sino allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Sono considerati infortuni anche:

- **l'asfissia fortuita** causata da fuga di gas o di vapore;
- gli **avvelenamenti acuti e fortuiti** da ingestione di cibo o altre sostanze; **le affezioni** conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- **l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni (esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qualora l'ernia non risulti operabile** secondo parere medico, **verrà corrisposta un'indennità non superiore al 10%** della somma assicurata per invalidità permanente totale - **qualora l'ernia sia operabile verrà corrisposto un indennizzo forfetario pari ad € 500,00;**
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**; gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad imprese temerarie compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.
- gli infortuni derivanti dalle seguenti calamità naturali: terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani.

Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani, Repubblica di S. Marino e Città del Vaticano la somma assicurata è ridotta del 50%.

ART. 2.2 ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI

N.B. (la garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno).
L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Turismo, Trasferimento e Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;**
- **su aeromobili di Aeroclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

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

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.
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 del Codice Civile.
Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà il diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.
L'Assicurato avrà così il diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 3.2 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 ed i criteri di cui all'Art. 5.4 una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.
Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata.
Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 25% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata.
Negli altri casi l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella che segue:

Grado (%) di Invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
1-2-3-4-5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	15
21	16
22	17
23	18
24	19
25	20

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

La Società in deroga ai criteri di indennizzabilità Art. 5.2, riconosce un grado di invalidità permanente **senza applicazione della franchigia, ove prevista,** relativamente a:
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille: 2%
- esiti di rottura sottocutanea del bicipite brachiale: 2%
- esiti di rottura sottocutanea di tendine dell'estensore del pollice: 2%
- esiti di rottura sottocutanea del quadricipide femorale: 2%
- esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo: 1%
- esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato: 2%

ART. 3.3 PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

La Società corrisponde l'indennità stabilita in caso di perdita dell'anno scolastico per assenza conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, da corsi di studio frequentati in scuole elementari, medie inferiori o superiori, ubicate in Italia, Repubblica di S. Marino e Città del Vaticano, di durata non inferiore a 60 giorni consecutivi o 75 giorni in più soluzioni. Tale assenza deve essere successiva alla decorrenza della polizza e avvenuta nel corso dello stesso anno scolastico e deve aver comportato la non ammissione alla classe superiore o il mancato conseguimento del diploma relativo alle scuole medie superiori.
Ai fini del computo dei giorni di assenza si considerano i giorni di lezione effettivamente persi in conseguenza effettiva di infortunio.
Per le assenze in più soluzioni non si computano i periodi di durata inferiore ai due giorni.
L'indennità è pari a:
- € 600 se la frequenza era in scuole elementari;
- € 1.100 se la frequenza era in scuole medie inferiori;
- € 1.600 se la frequenza era in scuole medie superiori.

L'indennità suddetta è valida per assicurati di età inferiore ai 19 anni.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

1) **pratica di paracadutismo e dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'Art. 2.2;**
2) **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
3) **partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;**
4) **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
5) **dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, arrampicata libera (free climbing), la pratica di alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci-alpinismo per gradi di difficoltà O.S. (Ottimo Sciatore) e O.S.A. (Ottimo Sciatore Alpinista), immersioni subacquee con autorespiratore, rafting o canoa fluviale, idrospeed, in tratti caratterizzati da rapide;**
6) **pratica di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo, ciclismo, equitazione, sci, judò, karatè e arti marziali in genere, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva;**

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

7) **dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, tranne quando l'Assicurato è trasportato sul veicolo;**
8) **dall'abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;**
9) **da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;**
10) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
11) **da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto previsto dall'Art. 2.1);**
12) **da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.**

Sono altresì esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuro psichiche: 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 restituito dalla Società.

ART. 4.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplessia 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 del rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'Art. 1898 del Codice Civile.**

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 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 invierà i certificati medici sul decorso delle lesioni.
Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **sarà necessario dare immediato avviso telegrafico alla Società.**
Nel caso di diaria per applicazione di apparecchio gessato i certificati medici dovranno essere rinnovati alle successive scadenze. In mancanza, la liquidazione delle indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
L'Assicurato, i suoi famigliari e gli aventi diritto saranno tenuti a consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.
Le spese relative ai certificati medici, e salvo patto speciale, 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.

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

ART. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo.
Pertanto:

- **non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso;**
- **se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;**
- **in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente di cui all'Art. 5.4 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

ART. 5.3 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, sulla pertinenza del rimborso delle spese di cura, nonché sulla contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 5.2), **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 provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con la 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.4 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.
Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio – desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi – **della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.**
Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

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

VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	dx	sx
▪ 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-omerale con arto in posizione favorevole		
ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con		
prono-supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
▪ paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
▪ 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 achilosi della sottoastragalica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
▪ perdita totale della capacità uditiva di:		
un orecchio	10%	
ambedue gli orecchi	40%	

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

	dx	sx
▪ 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%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
- di una metamero sacrale	3%	
- di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
▪ perdita anatomica di un rene	5%	
▪ perdita anatomica della milza	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la parziale perdita della voce non è indennizzabile)		

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 sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
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.

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

ART. 5.5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui alla condizione particolare B).

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza MOD. INF54200)

A) DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO

Nel caso in cui un infortunio comporti l'applicazione di mezzo di contenzione, **purchè permanente e inamovibile**, l'indennizzo verrà erogato come segue:

- se la contenzione è resa necessaria da una frattura o da una lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) diagnosticata in ambiente ospedaliero o da un medico ortopedico, la Società corrisponde **la somma assicurata per un massimo di 90 gg. per sinistro** dietro presentazione di documentazione medica. Tale garanzia è anche operante in caso di fratture alle quali non venga applicato alcun mezzo di contenzione, sempre che comportino la necessità d'una permanenza continuativa a letto certificata da un Ente Ospedaliero Pubblico;
- se la contenzione è resa necessaria da una distorsione, senza lesione dei legamenti o di altre strutture articolari, certificata da Ente Ospedaliero o medico ortopedico, sempre che il mezzo di contenzione non venga rimosso per almeno 20 giorni consecutivi, la Società riconosce un indennizzo forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

L'indennizzo relativo a questa garanzia opzionale verrà calcolato previa applicazione di uno scoperto del 20% qualora l'infortunio avvenga a seguito della pratica di gare e competizioni sportive così come disciplinato alla condizione particolare D) o durante l'uso e guida di veicoli a motore così come disciplinato alla condizione particolare E), in entrambi i casi se rese operanti.
La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

B) RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa, nei casi sotto indicati, 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).
  Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento, fino a 90 pernottamenti per sinistro;

b) dopo il ricovero o dopo un intervento chirurgico anche ambulatoriale o dopo una frattura osteoarticolare o capsulo legamentosa radiograficamente accertata:
- 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) 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 € 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi.
  Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza di € 1.500,00 con il minimo di € 100,00 che per ogni infortunio rimane a carico dell'Assicurato;

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

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 massimo di € 500,00;**
e) per intervento riparatore del danno estetico **fino alla concorrenza di € 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.**

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, per i punti b), c) ed e), la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia. Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'Art. 5.1).
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'ospedale o clinica e simili fiscalmente regolari e quietanzati).
L'indennizzo relativo a questa garanzia non prevede l'applicazione di nessuna limitazione anche qualora l'infortunuio avvenga a seguito della pratica di gare e competizioni sportive così come disciplinato alla condizione particolare D) o durante l'uso e guida di veicoli a motore così come disciplinato dalla condizione particolare E).

C) LIQUIDAZIONE INDENNIZZO CON FRANCHIGIA DEL 30%

In sostituzione di quanto indicato all'Art. 3.2 si conviene che nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 30% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo.
Nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 30% della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.

D) ESTENSIONE A COMPETIZIONI SPORTIVE E RELATIVA FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE

A deroga di quanto previsto dall'Art. 4.1 punto 6), l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti dalla pratica di gare e competizioni di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo, ciclismo, equitazione e sci qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva.
Nei suddetti casi, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3.2 sulla somma assicurata per Invalidità Permanente non si fa luogo ad indennizzo per invalidità pari o inferiori al 10%, pertanto:
a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

E) USO E GUIDA VEICOLI A MOTORE

A deroga di quanto previsto dall'Art. 4.1 punto 7) l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti dall'uso e la guida di veicoli e natanti a motore a condizione che l'Assicurato sia in possesso delle prescritte abilitazioni.
Rimane in ogni caso escluso l'uso e la guida di veicoli o natanti a motore in competizioni.
Nei suddetti casi, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3.2 sulla somma assicurata per Invalidità Permanente non si fa luogo ad indennizzo per invalidità pari o inferiori al 10%, pertanto:
a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

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

F) 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 emessa dalla stessa - assicurerà **il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo annuo lordo iniziale di € 12.000,00 alle seguenti condizioni:**

- **se l'Assicurato al momento dell'infortunio ha già compiuto i 18 anni 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'Assicurato sarà in vita;

- **se l'Assicurato al momento dell'infortunio non ha ancora compiuto i 18 anni la data di effetto della polizza vita, sarà differita al giorno di compimento del 18° anno di età dell'Assicurato. 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. Non sarà quindi corrisposta l'eventuale rendita dal momento dell'infortunio fino al compimento dei 18 anni. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.**

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - SEDE DI MILANO - REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - SEDE DI MILANO - REGISTRO 2^ ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO

Mod. INF54201/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI

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.