

Semplicemente IPM

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PERDITA DELL'INTEGRITÀ FISICA A SEGUITO DI MALATTIA.

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

SEMPLICEMENTE I.P.M.

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 Contrattuali 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 DI ASSICURAZIONE

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 all'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 al 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 SUL 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.

La durata massima della polizza è stabilita in 5 anni e **non è previsto il tacito rinnovo.**
Il contratto cessa senza obbligo di disdetta tra le parti alla sua naturale scadenza, come indicato all'Art. 1.6 delle Condizioni Contrattuali.
In caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto.
La disdetta ha come effetto la risoluzione del rapporto contrattuale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "Semplicemente I.P.M." contiene la garanzia assicurativa per far fronte a malattie con conseguenze invalidanti, che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona.
Nella Proposta di Assicurazione è indicata la relativa somma assicurata.
Eventuali pattuizioni extracontrattuali non rientranti nello standard del prodotto, saranno oggetto di appositi allegati o appendici che entreranno a far parte del contratto medesimo.
La garanzia prevista dalla polizza è la seguente:

INVALIDITÀ PERMANENTE - regolamentata dagli articoli 2.1 e 2.3 delle Condizioni Contrattuali: se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida, a postumi stabilizzati, un indennizzo in percentuale sul capitale assicurato indicato nella Proposta di Assicurazione.
La percentuale indennizzabile è determinata in funzione del grado di invalidità accertato e con i criteri indicati nella tabella riportata alla lettera b) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali.
L'accertamento del grado di invalidità viene invece effettuato con i criteri indicati nell'Appendice n° 1 – Tabelle di Valutazione del Grado di Invalidità Permanente (Tabelle INAIL).

AVVERTENZA
Sono presenti nelle Condizioni Contrattuali delle limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa, che danno luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.
Il dettaglio di tali circostanze è contenuto nei seguenti Artt. delle Condizioni Contrattuali:

- **2.1** Rischio assicurato;
- **2.2** Massimo indennizzo;
- **2.3** Valutazione del grado di invalidità permanente;
- **2.4** Limiti di età – Persone non assicurabili;
- **2.5** Esclusioni.

AVVERTENZA
La garanzia prevede l'applicazione di una franchigia fissa del 24%, così come riportato alla lettera a) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali.

AVVERTENZA
È prevista all'Art. 2.4 l'improrogabilità della garanzia per gli Assicurati che compiono i 65 anni, fermo restando che, per le persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA
Per calcolare l'indennizzo dovuto da Italiana Assicurazioni in caso di sinistro occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie previste per la garanzia coinvolta.

Esempi di calcolo dell'indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

	A	B	C
Percentuale di Invalidità Permanente accertata	10%	27%	75%
Franchigia	24%	24%	24%
Somma Assicurata per Invalidità Permanente	100.000	100.000	100.000

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO (l'invalidità permanente accertata è inferiore alla franchigia).
Esempio B: indennizzo di 11.000 (in quanto nella tabella di cui alla lettera b) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali al 27% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari all'11% del capitale assicurato, nell'esempio pari a 100.000).
Esempio C: indennizzo di 100.000 (in quanto nella tabella di cui alla lettera b) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali al 75% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato, nell'esempio pari a 100.000).

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

AVVERTENZA
Non sono presenti carenze nelle Condizioni Contrattuali.

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

AVVERTENZA
Ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, 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.**

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Premesso che nell'ambito del Ramo Malattia non è da considerarsi aggravamento di rischio un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, **se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente,** né il progredire dell'età, **la professione dell'Assicurato non costituisce ele-**

mento di valutazione del rischio. Pertanto **non sussiste obbligo alcuno di comunicazione alla Società di variazioni nell'attività lavorativa/professione svolta,** non costituendo tale circostanza fattore di aggravamento o diminuzione del rischio assicurato.

7. 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 semestrali.
L'eventuale frazionamento del premio è quello indicato nella Proposta di Assicurazione 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).

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il contratto non prevede la possibilità di adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9. DIRITTO DI RECESSO

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

10. 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).

11. 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.

12. REGIME FISCALE

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA
La data di insorgenza del sinistro corrisponde alla data in cui viene denunciata la malattia potenzialmente invalidante, nei termini previsti dall'Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali.
Le Condizioni Contrattuali prevedono che in caso di sinistro l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, vi sia motivo di ritenerla invalidante, producendo tutta la documentazione medica inerente.

Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato **e che le spese relative a tali certificazioni mediche saranno a carico dell'Assicurato.**
Il grado di invalidità permanente viene valutato dalla Società in un periodo compreso **tra 6 e 18 mesi** dalla data di denuncia.
Per gli aspetti di dettaglio circa gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, si rimanda agli articoli delle Condizioni Contrattuali:

- **2.3** Valutazione del grado di invalidità permanente;
- **3.1** Denuncia;
- **3.2** Documentazione medica.

14. 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.Ivass.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 dei propri Assicurati un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato " con sede in Via dell'Arcivescovado n. 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/fondazioni 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. Sono assimilati alle persone fisiche i condominii.

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 reperibile sul sito internet 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.

15. 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. 3.5 delle Condizioni Contrattuali.

GLOSSARIO

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

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

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

CAPITALE ASSICURATO
L'importo indicato sulla Proposta modello INF54231 e sul Certificato di Assicurazione modello INF54232.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54232).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA
Parte del danno 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 all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE
Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, **indipendentemente dalla professione esercitata.**

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato **non dipendente da infortunio.**

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54231).

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



SEMPLICEMENTE I.P.M.

CONDIZIONI CONTRATTUALI

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il Contratto è costituito e disciplinato dal presente modello INF54233, dal Certificato di Assicurazione modello INF54232 e dalla Proposta di Assicurazione riportante la somma assicurata: insieme formano il contratto di assicurazione.
Con la firma della Proposta modello INF54231 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente modello INF54233.

Aggiornata al 01/06/2014.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

- **Invalidità Permanente da Malattia**

Il capitale assicurato è espressamente indicato nella Proposta di Assicurazione.

ITALIANA ASSICURAZIONI

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

DEFINIZIONI Pag. 3

CONDIZIONI GENERALI Pag. 4

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE Pag. 5

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI Pag. 7

TABELLE INAIL Pag. 8

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.

CAPITALE ASSICURATO
L'importo indicato sulla Proposta modello INF54231 e sul Certificato di Assicurazione modello INF54232.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54232).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA
Parte del danno 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 all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE
Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, **indipendentemente dalla professione esercitata.**

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato **non dipendente da infortunio.**

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54231).

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 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta modello INF54231 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se non sono stati pagati 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, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.2 - PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Il presente documento modello INF54233, il Certificato di Assicurazione modello INF54232 e la Proposta di Assicurazione modello INF54231 sono i documenti che costituiscono le prove delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto sottoscritto.
Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni.
Nel caso in cui il contratto abbia come Contraente una "Persona Fisica", la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni, qualora le somme assicurate con altri contratti stipulati dallo stesso Assicurato, superino complessivamente il 50% di quelle garantite con il presente contratto.
In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 1.4 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.5 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.6 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale indicata nella Proposta modello INF54231, senza necessità di disdetta. In caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 2.1 - RISCHIO ASSICURATO

In caso di invalidità permanente che:
– sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
– si verifichi non oltre un anno dalla scadenza del contratto;
la Società assicura il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza del capitale assicurato secondo i criteri stabiliti dall'Art. 2.6.

ART. 2.2 - MASSIMO INDENNIZZO

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.
Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato.

ART. 2.3 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società valuta il grado di invalidità permanente derivante direttamente ed esclusivamente dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'assicurazione nonché a mutilazioni o difetti fisici.
Comunque nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'Assicurato venga colpito, in tempi diversi, da più invalidità permanenti conseguenti a malattie non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di invalidità permanente complessivamente raggiunto. Tuttavia qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta senza considerare le invalidità conseguenti alle singole malattie di grado inferiore al 10% della totale.
Dall'indennizzo spettante per il grado di invalidità permanente così accertato viene detratto l'importo corrisposto per le invalidità permanenti precedentemente liquidate.
Il grado di invalidità permanente indennizzabile a seguito di uno o più sinistri, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.
Il grado di invalidità permanente viene valutato in un periodo compreso fra i 6 mesi e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e della certificazione medica attestabile il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata e applicando la tabella riportata nell'Appendice 1 (allegato 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/6/65 Tabelle INAIL).
Nei casi di invalidità permanente non previsti dalle suddette tabelle la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia denunciata e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

ART. 2.4 - LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).
Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società.

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

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

ART. 2.5 - ESCLUSIONI

La Società rinuncia, al momento della stipulazione del contratto, a richiedere all'Assicurato dichiarazioni relative al suo stato di salute, comunque la garanzia non vale per le invalidità permanenti:

- **preesistenti alla stipulazione del contratto;**
- **determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.**

L'assicurazione non comprende inoltre le invalidità permanenti conseguenti a:

1) **abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
2) **patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;**
3) **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
4) **sieropositività da virus H.I.V.;**
5) **malattie professionali elencate nel D.P.R. 13.04.1994 n. 336;**
6) **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale;**
7) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
8) **guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.**

ART. 2.6 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

1) **Fermo restando quanto previsto dagli articoli 2.1 e 2.3 si conviene che:**
   a) **se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;**
   b) **i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiori al 25% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella,** in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
25	**5**	65	**70**
26	**8**	66	**73**
27	**11**	67	**76**
28	**14**	68	**79**
29	**17**	69	**82**
30	**20**	70	**85**
31	**23**	71	**88**
32	**26**	72	**91**
33	**29**	73	**94**
34	**32**	74	**97**
dal 35 al 63	**dal 35 al 63**	75 e oltre	**100**
64	**67**		

2) **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'Assicurato muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari l'importo già concordato, offerto ovvero - se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti all'Art. 2.3 - offribile all'Assicurato, in base alle condizioni di polizza.**

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 3.1 - DENUNCIA

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare la malattia all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, entro 30 giorni da **quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare una invalidità permanente,** di qualsiasi grado, anche se non maggiore della franchigia.
Con la denuncia deve essere fornita la certificazione medica sulla natura delle infermità.

ART. 3.2 - DOCUMENTAZIONE MEDICA

L'Assicurato deve:

- **inviare periodicamente** alla Società **informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato;
- **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati;
- **fornire** alla Società **certificato di guarigione clinica** od equivalente dichiarazione;
- **presentare,** trascorsi 180 giorni **ma non oltre 18 mesi dalla data della denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente** direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata. **Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

ART. 3.3 - DATA DEL SINISTRO

Data del sinistro è il giorno in cui è stata denunciata la malattia secondo quanto previsto dall'Art. 3.1.

ART. 3.4 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società, ricevuta la documentazione indicata all'Art. 3.2 e compiuti gli accertamenti del caso come da Art. 2.3, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

ART. 3.5 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.
I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di Istituto Universitario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, più vicino alla 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3.6 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dalle Condizioni che regolano la denuncia, la liquidazione dei sinistri e le Controversie - il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnato il contratto.

ART. 3.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

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

APPENDICE N. 1
TABELLE DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (TABELLE INAIL)

(Allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965)

DESCRIZIONE	PERCENTUALI DX	SX
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva: (vedasi la tabella seguente)		

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Note:

1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata, in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5) In caso di afachia monolaterale:
   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 — 15
   - con visus corretto di 7/10 — 18
   - con visus corretto di 6/10 — 21
   - con visus corretto di 5/10 — 24
   - con visus corretto di 4/10 — 28
   - con visus corretto di 3/10 — 32
   - con visus corretto inferiore a 3/10 — 35
6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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

DESCRIZIONE	**PERCENTUALI**	
	DX	**SX**
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista l'immobilità della scapola	40	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	

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

DESCRIZIONE	PERCENTUALI DX	SX
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzabile con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale, la perdita parziale della voce non da diritto ad alcun indennizzo.

Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

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. INF54233/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

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.