



Sport e tempo libero

Infortuni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEL
TEMPO LIBERO.

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.

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

SPORT E TEMPO LIBERO

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. 09/2017.

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



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 441 milioni di euro di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale, e 400 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è pari al 277% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (eligible own funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR).

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. 1.6 delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "SPORT e TEMPO LIBERO" contiene garanzie assicurative per la tutela da infortuni che possono accadere a gruppi di persone come:

- iscritti ad associazioni (sportive e non);
- partecipanti a tornei, corsi e manifestazioni (sportivi e non);
- partecipanti a viaggi svolti in maniera collettiva.

Riportiamo di seguito le garanzie offerte dalla polizza.

Nella scheda di polizza sono indicati: il tipo di collettività di persone Assicurate, le garanzie acquistate e quindi operanti, nonché le relative somme assicurate per persona.



Il Contraente potrà inoltre decidere se acquistare, ovvero attivare o meno, determinate condizioni particolari (**ad esempio** in alcuni casi, chi acquista la garanzia Invalidità Permanente può scegliere un differente regime di franchigia, oppure è possibile attivare alcune estensioni di garanzia).

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. 2.2 delle Condizioni Contrattuali, dove viene disciplinato cosa si intende per infortunio, le coperture acquistabili 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.
- **INVALIDITA' 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 20% non viene più applicata. **La disciplina è riportata al terzo comma dell'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali.**

- **INDENNITA' GIORNALIERA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA** - regolamentata all'Art. 3.3 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura la Società corrisponde, per ogni pernottamento la somma assicurata, **per un massimo di 100 giorni per ogni sinistro.**
- **RIMBORSO SPESE DI CURA** - regolamentata all'Art. 3.4. delle Condizioni Contrattuali: per la cura delle lesioni causate da infortunio (che abbia comportato ricovero, intervento chirurgico, frattura o lesione capsulo legamentosa) 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 uno scoperto e franchigia per le spese sostenute nei 90 giorni successivi ad un ricovero (che deve avere comportato almeno 3 pernottamenti), un intervento chirurgico, una frattura o una lesione capsulo legamentosa.

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

Queste limitazioni sono indicate nello stesso Art. 3.4 delle Condizioni Contrattuali.

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 Artt. delle Condizioni Contrattuali:

- **1.14** Limite di risarcimento;
- **2.2** Definizione d'infortunio. Delimitazione dell'assicurazione;
- **2.3** Assicurazione infortuni dei rischi volo come passeggeri;
- **4.1** Esclusioni;
- **4.2** Limiti di età. Persone non assicurabili;
- **5.2** Criteri di indennizzabilità.

AVVERTENZA

L'Art. 4.2 specifica che l'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 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.

Qualora sia assicurato il tipo di rischio "Viaggi o Soggiorni turistici", il limite di cui sopra è elevato a 80 anni (con alcune limitazioni di garanzia specificate nella relativa declaratoria di rischio).



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).

Esempio C: il danno indennizzato sarà di 22.000 (ottenuto applicando **22%** sulla somma assicurata 100.000; **la franchigia del 5% infatti non si applica se l'invalidità permanente accertata è superiore al 20%**).

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	300	1.500	3.000
Scoperto 20% con il limite di € 100	100	300	600
Limite di indennizzo o massimale assicurato	2.000	2.000	2.000

Esempio A: il danno indennizzato sarà di 200 (riducendo 300 dello scoperto minimo di 100; non opera il limite di indennizzo).

Esempio B: il danno indennizzato sarà di 1.200 (riducendo 1.500 del 20% di scoperto; non opera il limite di indennizzo).

Esempio C: il danno indennizzato sarà di 2.000 (riducendo 3.000 del 20% di scoperto e successivamente applicando il limite di indennizzo).

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, la pratica di ulteriori sport oltre a quelli inizialmente indicati dal Contraente o il passaggio ad una attività che prevede più intenso impegno fisico o uso di attrezzi più pericolosi rispetto a quella precedentemente praticata.

Si veda in proposito l'Art. 1.10 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, con onere aggiuntivo pari al 2% del premio totale annuo e quando lo stesso sia superiore a € 275.

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

La polizza non prevede la possibilità di indicizzare premi e somme assicurate.

8. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA

È prevista la **facoltà** per il Contraente e per la Società **di recedere dalla garanzia dopo la denuncia di ogni sinistro.**

I termini e le modalità per esercitare tale facoltà sono contenuti nell'Art. 1.5 delle Condizioni Contrattuali. Ai sensi dell'Art. 1899 del Codice Civile (modificato dalla Legge n. 99 del 23 luglio 2009), qualora la durata del contratto sia superiore a cinque anni il Contraente ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno sessanta giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà.

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%.

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: benvenutitaliana@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 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.

ATTIVITÀ RICREATIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di attività del tempo libero altrui, con esclusione di quelle previste nell'attività sportiva e di quelle che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili comunque alle normali funzioni quotidiane, unicamente attuato da Circoli.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di sport, esclusivamente attuato da enti sportivi, nell'ambito delle strutture da questi gestite e tramite il personale a ciò abilitato.

AUSILIARI

Tutte le persone con incarichi di tipo amministrativo e/o gestionale, che non comprendano quindi né attività sportive né comunque attività che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili alle normali funzioni quotidiane, soci e/o tesserati del Contraente od aventi con essa un regolare rapporto di collaborazione documentabile.

Non si intendono in ogni caso ausiliari tutti quei soggetti che, ancorché soci e/o tesserati, prestino la loro opera a carattere lavorativo, percependo per questo una retribuzione sotto qualsiasi forma.

Nota Informativa Mod. INF54171/NI Ed. 09/2017



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.

CIRCOLO

Qualunque associazione, società od azienda avente personalità giuridica, se ed in quanto organizzatrice di attività ricreative del tempo libero.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

ENTE SPORTIVO

Federazioni, associazioni o società sportive aventi tra gli scopi la regolamentazione, la promozione e la tutela di attività sportive.

FRANCHIGIE/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato espressa in cifra fissa, in percentuale su una somma assicurata o in percentuale sull'ammontare del danno.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Provvedimento terapeutico attuato con manovre strumentali cruenta, eseguito in ambulatorio senza ricovero o presso lo studio di un medico chirurgo.

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 fisioterapia 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.

SOCIETA'

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

Roberto Laganà



SPORT E TEMPO LIBERO

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54171 – Ed. 05/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente Fascicolo Informativo modello INF54171/FI e dalla scheda di polizza modello INF54170 o INF54170/T riportante le somme assicurate. Con la firma della scheda di polizza modello INF54170 o INF54170/T il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente Fascicolo Informativo modello INF54171/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

- Infortuni**

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nella scheda di polizza modello INF54170 o INF4170/T.



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

DEFINIZIONI	Pag.	3
DECLARATORIA DEI TIPI DI RISCHIO	"	5
CONDIZIONI GENERALI	"	7
SEZIONE INFORTUNI	"	10
▪ Chi e quando assicuriamo	"	10
▪ Cosa assicuriamo	"	12
▪ Cosa non assicuriamo	"	13
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	"	15
CONDIZIONI PARTICOLARI	"	19

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.

ATTIVITÀ RICREATIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di attività del tempo libero altrui, con esclusione di quelle previste nell'attività sportiva e di quelle che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili comunque alle normali funzioni quotidiane, unicamente attuato da Circoli.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di sport, esclusivamente attuato da enti sportivi, nell'ambito delle strutture da questi gestite e tramite il personale a ciò abilitato.

AUSILIARI

Tutte le persone con incarichi di tipo amministrativo e/o gestionale, che non comprendano quindi né attività sportive né comunque attività che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili alle normali funzioni quotidiane, soci e/o tesserati del Contraente od aventi con essa un regolare rapporto di collaborazione documentabile.

Non si intendono in ogni caso ausiliari tutti quei soggetti che, ancorché soci e/o tesserati, prestino la loro opera a carattere lavorativo, percependo per questo una retribuzione sotto qualsiasi forma.

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.

CIRCOLO

Qualunque associazione, società od azienda avente personalità giuridica, se ed in quanto organizzatrice di attività ricreative del tempo libero.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

ENTE SPORTIVO

Federazioni, associazioni o società sportive aventi tra gli scopi la regolamentazione, la promozione e la tutela di attività sportive.

FRANCHIGIE/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato espressa in cifra fissa, in giorni, in percentuale su una somma assicurata o in percentuale sull'ammontare del danno.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Provvedimento terapeutico attuato con manovre strumentali cruento, eseguito in ambulatorio senza ricovero o presso lo studio di un medico chirurgo.



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

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.

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.

DECLARATORIA DEI TIPI DI RISCHIO

(la scelta del tipo di rischio deve espressamente risultare nella scheda di polizza)

L'assicurazione si intende prestata, a seconda della scelta operata nell'apposita sezione della scheda di polizza, per i seguenti casi e condizioni:

1 SQUADRE O ASSOCIAZIONI SPORTIVE

Premesso che il Contraente dichiara di partecipare con i suoi iscritti all'attività sportiva specificata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prestata a favore degli atleti tesserati, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, contro gli infortuni che potessero loro occorrere durante:

- lo svolgimento delle gare (amichevoli o di campionato o di torneo) alle quali il Contraente partecipa;
- gli allenamenti collegiali condotti sotto la direzione dei tecnici sociali e svolti in strutture gestite dal Contraente stesso ed ubicate come indicato nella scheda di polizza;
- i trasferimenti effettuati in forma collettiva con mezzi pubblici (**aerei esclusi**), con mezzi di proprietà del Contraente o con mezzi noleggiati da terzi. **Limitatamente alle gare ufficiali di campionato la garanzia è estesa anche ai trasferimenti individuali nel limite di 1 ora prima dall'inizio della gara e 1 ora dal termine della stessa;** in tal caso, nell'eventualità di sinistro, farà fede il documento di convocazione o qualsiasi atto probatorio valido a dimostrare che l'Assicurato si trasferiva allo scopo di partecipare alla gara.

2 TORNEI SPORTIVI

Si intendono assicurati tutti i partecipanti al torneo gestito dal Contraente ed identificato nella scheda di polizza tramite l'indicazione dell'attività sportiva praticata, dell'ubicazione, del numero dei componenti per ciascuna squadra, del numero totale delle partite del torneo e della relativa consistenza numerica delle presenze partita, desunta dai due precedenti parametri.

3 CORSI TEMPORANEI SPORTIVI E NON

Si intendono assicurati tutti gli iscritti al corso, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante le attività pertinenti al corso stesso e svolte in strutture gestite dal Contraente stesso ed ubicate come indicato nella scheda di polizza.

La durata del corso è la stessa della copertura assicurativa.

4 MANIFESTAZIONI TEMPORANEE SPORTIVE E NON (DIVERSE DAI TORNEI)

Si intendono assicurati tutti i partecipanti, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante la partecipazione alla manifestazione gestita dal Contraente.

La durata della manifestazione è la stessa della copertura assicurativa, la tipologia, il luogo e gli orari di svolgimento della manifestazione stessa sono quelli indicati nella scheda di polizza.

5 CIRCOLO RICREATIVO

Premesso che il Contraente dichiara di svolgere con i suoi iscritti l'attività ricreativa specificata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prestata a favore dei soci tesserati, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, contro gli infortuni che potessero loro occorrere durante:

- la normale permanenza all'interno delle strutture gestite dal Contraente ed ubicate come indicato nella scheda di polizza, comprese piccole operazioni eseguite per la manutenzione e mantenimento delle stesse;
- lo svolgimento di attività ricreative svolte sotto l'egida del Contraente;
- le gite e passeggiate, le visite a musei, a stabilimenti e simili, nonché le manifestazioni ricreative in genere organizzate e svolte sotto l'egida del Contraente.

Dalla copertura si intendono in ogni caso esclusi tutti quei soggetti che, ancorché soci o tesserati, prestino la loro opera a carattere lavorativo, percependo per questo una retribuzione sotto qualsiasi forma.

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

6 VIAGGI E SOGGIORNI TURISTICI

Si intendono assicurati tutti i partecipanti, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante il viaggio o soggiorno turistico collettivo organizzato e svolto sotto l'egida del Contraente.

Il viaggio inizia e termina nel punto di ritrovo collettivo, **è escluso dalla garanzia il tragitto da casa al punto di ritrovo e viceversa.**

La durata del viaggio è la stessa della copertura assicurativa e l'itinerario è quello indicato nella scheda di polizza.

La garanzia è operativa solo per spostamenti collettivi effettuati non con mezzi aeronautici.

La garanzia vale per gli infortuni occorsi durante il viaggio di andata, durante la temporanea permanenza nelle località visitate, compresa la pratica occasionale di sport non esclusi dalle condizioni contrattuali e termina con il viaggio di rientro.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici, la garanzia sarà valida ugualmente, ferme restando le condizioni contrattuali per quanto riguarda i criteri di indennizzabilità (art. 5.2) e le persone non assicurabili (art. 4.2).

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 4.2 (LIMITE D'ETÀ. PERSONE NON ASSICURABILI) si prende atto che **la garanzia è operativa anche per persone di età superiore ai 75 anni, ma non agli 80 compiuti, limitatamente al caso di Morte ed Invalidità Permanente, per quest'ultima previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta del 5% fino a euro 210.000,00=.**

Eventuali ulteriori garanzie non saranno da intendersi operative anche se previste e di ciò si è tenuto conto nel premio assicurativo.

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 Codice Civile.

ART. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di 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 successive, 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 assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.3 CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

(questa norma si applica qualora nell'arco della durata contrattuale fossero necessari inserimenti in garanzia di nuove unità)

Premesso che il Contraente dichiara che il numero degli iscritti, associati, tesserati o partecipanti per ogni categoria o gruppo al momento della stipulazione del contratto non supera il numero indicato nella scheda di polizza e che su questi viene calcolato il premio iniziale, qualora nel corso del contratto la consistenza numerica debba essere incrementata con nuove unità in ingresso in garanzia, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società a mezzo raccomandata o fax da spedire all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

La garanzia, in deroga a quanto previsto all'art. 1.2 (PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA) per questi nuovi ingressi partirà dalle ore 24 della data di spedizione della raccomandata o di ricezione del fax. Sulla scorta di queste comunicazioni **entro 15 giorni dal termine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto alla corresponsione della regolazione del relativo maggior premio** tenuto conto che:

- per polizze di durata annuale:
 - tutti coloro che entrano in garanzia nei primi sei mesi il Contraente pagherà il 100% del premio annuo;
 - tutti coloro che entrano in garanzia nei secondi sei mesi il Contraente pagherà il 50% del premio annuo.
- per polizze di durata inferiore all'anno:
 - tutti coloro che entrano in garanzia in corso di durata contrattuale dovranno il premio pattuito, in forma integrale.

Nel caso in cui il Contraente, nei termini previsti, non abbia effettuato il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto di quanto dovuto a completamento della regolazione stessa. In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, verranno liquidati in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in ugual misura.

La Società ha diritto di effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire le documentazioni e i chiarimenti necessari.



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

ART. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.5 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società hanno la facoltà di far cessare la garanzia limitatamente alla persona cui si riferisce il sinistro o di recedere dall'assicurazione, in entrambi i casi, con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 1.6 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Inoltre, in caso di durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

ART. 1.7 ONERI FISCALI

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

ART. 1.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

Qualora la somma assicurata 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 e/o l'Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto dell'indennizzo.

ART. 1.10 AGGRAVAMENTO DEL 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.

ART. 1.11 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Codice Civile) con rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 1.12 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

ART. 1.13 RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di sua morte, i beneficiari, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione dei danni derivati dall'infortunio, l'indennità dovuta a sensi di polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detta indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.



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

ART. 1.14 LIMITE DI RISARCIMENTO

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di euro 2.000.000 intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto

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

SEZIONE INFORTUNI

CHI E QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Qualora risultino assicurati la totalità degli iscritti, associati, tesserati o partecipanti, il Contraente è esonerato dal dichiarare i nominativi delle persone in garanzia. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri vidimati del Contraente stesso, alle risultanze contabili vincolate all'iscrizione e/o tesseramento o a qualsiasi atto probatorio legalmente o fiscalmente valido ad attestare il diritto alla copertura assicurativa, atti tutti che il Contraente stesso è tenuto ad esibire a semplice richiesta di un incaricato della Società di fare accertamenti e controlli.

Diversamente da quanto sopra, nel caso in cui gli assicurati non costituissero la totalità degli iscritti, tesserati o partecipanti, la loro identificazione dovrà avvenire tramite un elenco nominativo dettagliato che formerà, in allegato, parte integrante del presente contratto.

ART. 2.2 DEFINIZIONE D'INFORTUNIO - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività indicate in polizza.

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti dall'uso, in qualità di passeggero e dalla guida di autoveicoli (art. 54 N.C.S.) motoveicoli (art. 53 N.C.S.) e imbarcazioni da diporto, nonché dalla guida di ciclomotori (art. 52 N.C.S.), **purché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.**

E' compreso l'uso dei mezzi di locomozione pubblici **salvo le esclusioni di cui all'art. 4.1 (ESCLUSIONI).**

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, **escluse, per queste ultime, quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;**
- l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni **(escluse le ernie non traumatiche e le rotture sottocutanee dei tendini)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qualora l'ernia non risulti operabile** secondo parere medico, **verrà considerata soltanto un'indennità non superiore al 10%** della somma assicurata per invalidità permanente totale - **qualora l'ernia sia operabile non verrà corrisposta alcuna indennità** - qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 5.3 (CONTROVERSIE);
- 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;
- la morte da infarto e in genere da sindromi cardiovascolari, **intervenute unicamente durante lo svolgimento di un'attività sportiva assicurata ed in conseguenza dello stesso, esclusivamente se l'assicurato sia stato dichiarato idoneo allo svolgimento di tale attività sportiva.**

ART. 2.3 ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI (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: ha inizio



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

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

Sono esclusi i viaggi effettuati:

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di Aereoclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

La somma dei capitali della presente ed altre assicurazioni infortuni comuni cumulative, che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato e da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- **per il caso di morte:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per aeromobile;
- **per il caso di invalidità permanente totale:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative, che includano il rischio volo, stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi predetti, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazioni proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare sommate, detti limiti.

Salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione. Eventuale aumenti dei predetti limiti devono essere preventivamente concordati con la Società.

La Società dichiara che il premio relativo:

- alla estensione di cui alla presente garanzia è pari al 2% (dueper cento) del totale del premio imponibile della garanzia infortuni;
- ai capitali eccedenti quelli indicati nel presente articolo sarà quello applicato ai livelli correnti del mercato delle assicurazioni aeronautiche.

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 dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

Qualora non sia stata fatta designazione, la somma assicurata sarà corrisposta al coniuge, ai figli e, se vivevano a carico dell'Assicurato, ai parenti entro il terzo grado e agli affini entro il secondo grado, e si applicano i criteri di ripartizione di cui all'art. 2122 del Codice Civile.

In mancanza delle predette persone, la somma verrà attribuita secondo i criteri della successione testamentaria o legittima.

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 seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 20% 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 da 0 a 210.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 210.000 euro
1-2-3-4-5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	1
12	7	2
13	8	3
14	9	4
15	10	5
16	11	6
17	12	7
18	13	8
19	14	9
20	15	10

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

ART. 3.3 INDENNITÀ GIORNALIERA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, verrà corrisposta **per un periodo non superiore a 100 giorni**, una indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni pernottamento.

ART. 3.4 RIMBORSO SPESE DI CURA

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza e per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute per:

- a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) **effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento – comprese le endoprotesi – trattamenti riabilitativi, rette di degenza **durante il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti e trattamenti riabilitativi **nei 90 giorni successivi: alla dimissione di un ricovero che abbia avuto la durata di almeno 3 pernottamenti, ad un intervento chirurgico ambulatoriale o ad una frattura osteo articolare o lesione capsulo legamentosa radiograficamente accertate in ambiente ospedaliero;**
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per:
- la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore **avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.** Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile certificata da documentazione di pronto soccorso ospedaliero.

Le spese indennizzabili di cui al comma c) del presente articolo verranno rimborsate nella misura dell'80%, con il minimo di euro 100 che resta a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga invece del Servizio Sanitario Nazionale in regime di accreditamento (**non in regime di attività libero professionale c.d. intramoenia**), la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) 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. 2.3 (ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI);
- 2) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, bungee jumping, rafting, canoa fluviale, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 3) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 4) dall'abuso di alcolici o psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 5) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 6) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 7) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 8) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione;
- 9) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.



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

ART. 4.2 LIMITE D'ETÀ. PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, salvo quanto previsto alla sezione 6 della declaratoria dei tipi di rischio.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, AIDS o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuropsichiche: patologie cerebrali su base organica; disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste.

Il premio medesimo verrà perciò restituito dalla Società.

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

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.**

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto saranno tenuti a consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal scopo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

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.

ART. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui all'art. 3.2 (INVALIDITÀ PERMANENTE) 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, sulla pertinenza o durata dell'indennità di degenza, 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 provvisoria 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

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

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:

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-omeroale con arto in posizione favorevole ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
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%	

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

	dx	sx
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%	
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.

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

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

ART. 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 Codice Civile verso i civilmente responsabili (salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 3.4).

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

A) ESTENSIONE ALLA PRATICA DI SPORT PER CIRCOLI RICREATIVI

Si intendono assicurate anche le attività sportive praticate a livello dilettantistico, **non escluse dalle condizioni contrattuali**, o comunque attività che prevedono intensi impegni fisici, gestite e svolte sotto l'egida del Contraente, in entrambi i casi precisate nella scheda di polizza.

B) ESTENSIONE DEL RISCHIO IN ITINERE PER SQUADRE O ASSOCIAZIONI SPORTIVE

A parziale deroga di quanto previsto all'ultimo comma del tipo di rischio 1 – squadre o associazioni sportive, il tempo per i trasferimenti individuali viene elevato a 2 ore.

C) CLAUSOLA FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Il secondo capoverso dell'art. 3.2 (INVALIDITÀ PERMANENTE) si intende sostituito dal seguente:

Liquidazione dell'indennizzo.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 20% 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 da 0 a 105.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 105.000 euro fino a 210.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 210.000 euro
1-2-3	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5
16	13	11	6
17	14	12	7
18	15	13	8
19	16	14	9
20	17	15	10

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

D) ADOZIONE DELLE TABELLE DI LEGGE

A parziale deroga dell'art. 5.4, la Tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto art. 5.4.

E) ESTENSIONE DELLA GARANZIA AGLI AUSILIARI

La garanzia si intende estesa agli ausiliari, così come intesi nelle definizioni del presente contratto, durante l'espletamento delle proprie funzioni svolte su incarico del Contraente.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54171/FI



REALE GROUP

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

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