

Simply Overtarget

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI.

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO, contenente:
- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- Condizioni di assicurazione;

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

SIMPLY OVER TARGET

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. 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.

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 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 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.

Il contratto prevede il tacito rinnovo salvo diversa pattuizione.

AVVERTENZA
Pur essendo stipulato con "tacito rinnovo" - che salvo diverso accordo è di anno in anno - **è possibile impedire il rinnovo del contratto 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. 1.4 delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "Simply Over Target" contiene le garanzie per far fronte agli infortuni che possono accadere nella vita di tutti i giorni, in ambito professionale ed extraprofessionale.
Nella Proposta d'Assicurazione sono indicate le garanzie acquistate e quindi operanti, nonché le relative somme assicurate.
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 alle definizioni contrattuali ed al glossario in calce alla presente Nota Informativa, dove viene disciplinato cosa si intende per infortunio, il prodotto si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue.

- **MORTE** - regolamentata all'Art. 2.5 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE** - regolamentata all'Art. 2.6 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, purché superiore alla franchigia del 10% prevista, al capitale assicurato per Invalidità Permanente Totale. Il Contraente potrà inoltre scegliere un diverso regime di franchigia sulla garanzia Invalidità Permanente, attivando una specifica condizione particolare.

AVVERTENZA

Per questa garanzia è prevista l'applicazione di una franchigia espressa in percentuale.

Tale franchigia è relativa ed al superamento del 10% non viene più applicata. **La disciplina è riportata alla lettera B) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali.**

- **RIMBORSO SPESE DI CURA** - regolamentata all'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali: per la cura delle lesioni causate dall'infortunio la Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato.

  AVVERTENZA

  La garanzia prevede l'applicazione di un massimale, indicato nella Proposta di Assicurazione, nonché di specifici sottolimiti di indennizzo per alcune voci di spesa e di uno scoperto per le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero.

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

  Queste limitazioni sono indicate nello stesso Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali.
- **RENDITA VITALIZIA** - regolamentata all'Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio determina una invalidità permanente pari o maggiore del 66% la Società eroga, fintanto che l'Assicurato risulti in vita, la rendita prevista.

AVVERTENZA

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

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

- **2.1** Delimitazione dell'assicurazione;
- **2.2** Esclusioni;
- **2.3** Persone non assicurabili;
- **2.4** Persone assicurabili con patto speciale;
- **2.9** Criteri di indennizzabilità.

AVVERTENZA

L'Art. 1.4 stabilisce che l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni e che le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA

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 previste 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
Somma assicurata per Invalidità Permanente	100.000	100.000
Franchigia	10%	10%
Percentuale di Invalidità accertata	2%	12%

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO, l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia.

Esempio B: il danno indennizzato sarà di 12.000 (ottenuto applicando 12% sulla somma assicurata 100.000; **la franchigia del 10% infatti non si applica se l'invalidità permanente accertata è superiore al 10%).**

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	750	1.500	3.000
Scoperto 20% con il minimo di € 200	200	300	600
Limite di indennizzo	2.000	2.000	2.000

Esempio A: il danno indennizzato sarà di 550 (riducendo 750 dello scoperto minimo di 200; 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

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.**

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la **perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo** nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Nel caso di diminuzione del rischio la Società, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a **ridurre il premio o le rate di premio** successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.
È da intendersi aggravamento di rischio, per esempio, il passaggio da un'attività impiegatizia amministrativa ad altra comportante mansioni di tipo manuale.

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 sei mesi.
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).

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

La polizza non prevede la possibilità di adeguamento del premio e delle somme assicurate.

8. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA

E' prevista la facoltà per il Contraente e per la Società **di recedere dall'assicurazione dopo la denuncia di ogni sinistro.**

I termini e le modalità per esercitare tale facoltà **sono contenuti nell'Art. 1.5 delle Condizioni Contrattuali. Qualora la durata del contratto sia superiore a cinque anni il Contraente ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno 60 giorni, di recedere dal contratto** senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà (Art. 1899 del Codice Civile), salvo differente pattuizione tra le parti che preveda la possibilità di recedere comunque fin dal primo anno.

9. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

10. LEGGE APPLICABILE

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

11. REGIME FISCALE

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA

La data di insorgenza del sinistro è la data di accadimento dell'infortunio.

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

Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite mediche o qualsiasi indagine ed accertamento che la Società ritenga necessari per l'iter di valutazione del danno e che le spese relative a tali certificazioni mediche **sono a carico dell'Assicurato stesso.**

I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti all'Art. 2.7.

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 10 13 13 (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 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. 2.10 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.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54226).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruente.

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

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri del benessere.**

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 INF54225).

RICOVERO
Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

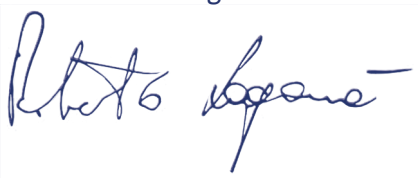
RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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
Roberto Laganà



SIMPLY OVER TARGET

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54227 - Ed. 06/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54227, dal Certificato di Assicurazione modello INF54226 e dalla Proposta di Assicurazione riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.
Con la firma della Proposta di Assicurazione modello INF54225 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente libretto modello

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati 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. 5
SEZIONE INFORTUNI Pag. 6
GARANZIE ACCESSORIE Pag. 11
CONDIZIONE PARTICOLARE Pag. 12

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

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

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

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54226).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruente.

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

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri del benessere.**

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 INF54225).

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

RICOVERO
Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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 24.00 del giorno indicato nella Proposta se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

ART. 1.2 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.3 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato 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 parziale o totale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

ART. 1.4 - 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. L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui l'Assicurato raggiunge i 75 anni d'età. Inoltre, in caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

ART. 1.5 - RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Qualora sia esercitata tale facoltà la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. L'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui la Società liquida al 100% il capitale assicurato per Invalidità Permanente; l'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata tale condizione non costituisce deroga ed il premio medesimo verrà reso dalla Società.

ART. 1.6 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato che abbia in corso o che stipuli oltre al presente solo altre due assicurazioni con altre Società (escluse le coperture connesse con altri rapporti contrattuali es. c/c bancari, carte di credito etc.) per lo stesso rischio, è esonerato dall'obbligo di denunciarle.
Ulteriori assicurazioni per lo stesso rischio devono invece essere denunciate per iscritto alla Società che, entro 60 giorni da tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.
L'Assicurato che dolosamente omette la dichiarazione di cui sopra decade dal diritto dell'indennizzo.
In caso di sinistro l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

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 qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

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

SEZIONE INFORTUNI

ART. 2.1 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali occorsi alla persona indicata nella Proposta modello INF54225.

Si intendono inoltre espressamente garantiti gli infortuni derivanti da:

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

La garanzia è inoltre operante:

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

Restano in ogni caso operanti le esclusioni di cui all'Art. 2.2 delle stesse condizioni.

ART. 2.2 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

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

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

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

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

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

ART. 2.3 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART. 2.4 - PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplessia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, **sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.**
Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento di rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'Art. 1898 del Codice Civile.**

ART. 2.5 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza del contratto - entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto la Società liquida la somma assicurata per il caso di Morte ai beneficiari.
Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.
Qualora la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta – alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.
L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi del contratto per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 2.6 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

A) Valutazione del grado di invalidità permanente

	Destro	**Sinistro**
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	6%
▪ un anulare	8%	6%
▪ un mignolo	12%	10%
▪ una falange ungueale del pollice	9%	8%
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

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

	Destro	**Sinistro**
Anchilosi:		
▪ della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
▪ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
Perdita 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	1%	
▪ la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole	35%	
▪ del ginocchio in estensione	25%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura di una costa con callo deforme	1%	
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di:		
▪ una vertebra cervicale	12%	
▪ una vertebra dorsale	5%	
▪ 12a dorsale	10%	
▪ una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo-cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro con callo deforme	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un occhio	25%	
▪ ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
▪ un orecchio	10%	
▪ ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
▪ monolaterale	4%	
▪ bilaterale	10%	
Perdita anatomica:		
▪ di un rene	15%	
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
Afonia (perdita totale della voce) **(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)**	30%	

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa.
L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

B) Liquidazione dell'indennizzo.
Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 10% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata, pertanto in caso di invalidità permanente accertata pari o inferiore al 10% non viene liquidato nessun indennizzo.
Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari il relativo importo.

ART. 2.7 - 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 assegnato il contratto o alla Direzione della Società **entro 3 giorni dall'infortunio** o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.
Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.
Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.**
L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.
Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.
Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, **l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità;** se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

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

ART. 2.8 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

ART. 2.9 - 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. 2.6 lettera A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 2.10 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 2.9, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, su accordo delle Parti, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 2.11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cura di cui alla garanzia accessoria.

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

GARANZIE ACCESSORIE

(Operanti solo se richiamate nella Proposta modello INF54225)

ART. 3.1 - RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, **una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 66%** della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società - mediante un contratto vita della "Serie Speciale" emessa dalla stessa - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo annuo iniziale indicato nella Proposta modello INF54225**. L'effetto del contratto vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto del contratto vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

ART. 3.2 - RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

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

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

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

c) anche se non vi è stato ricovero:
- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio con il massimo di € 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi;

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

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

Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente Art., con uno scoperto del 20% con il minimo di € 75 per ogni infortunio. In caso di evento che comporti esiti invalidanti superiori al 10% lo scoperto previsto verrà rimborsato assieme all'indennizzo per Invalidità Permanente o Morte.

Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'Art. 2.7 delle Condizioni Contrattuali.

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

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

CONDIZIONE PARTICOLARE

(Operante solo se richiamata nella Proposta modello INF54225)

A) LIQUIDAZIONE INDENNIZZO CON FRANCHIGIA DEL 30%

In sostituzione di quanto indicato all'Art. 2.6 lettera B) Liquidazione dell'indennizzo, **si conviene che nel caso di invalidità permanente accertata di grado non superiore al 30% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo.**

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

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

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

Mod. INF54227/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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.