



Elastica

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI
DEL NUCLEO FAMILIARE.

Il presente SET INFORMATIVO, composto da:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
 - Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

ELASTICA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54371 - Ed. 01/2019



GLOSSARIO	pag. 4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	pag. 6
NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI	
Chi e cosa assicuriamo	pag. 8
Cosa non assicuriamo	pag. 9
Garanzie assicurate	pag. 13
Condizioni aggiuntive (sempre operanti)	pag. 18
Condizioni facoltative	pag. 18
Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	pag. 19
NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA	
Chi e cosa assicuriamo	pag. 22
Cosa non assicuriamo	pag. 24
Gestione del sinistro	pag. 24
ELENCO ATTIVITÀ SPORTIVE – Allegato 1	pag. 26
TABELLA INAIL – Allegato 2	pag. 27

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

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguito. Le definizioni al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale, a carattere anche cruento e/o invasivo, atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una lesione o di una malattia.

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività fisica praticata a scopo ludico-ricreativo o agonistico per la quale non sia percepito un compenso monetario determinato, o forfettario, diretto o indiretto, a titolo di corrispettivo per le prestazioni eseguite. Non costituiscono compenso monetario eventuali premi (anche in denaro o valori equivalenti) conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico redatto durante la degenza con pernottamento o, in caso di Day Hospital e Day Surgery, diurna in struttura sanitaria, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

CONVALESCENZA

Il periodo, successivo ad un ricovero, necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

La degenza diurna in Istituto di cura (Pubblico o Privato) documentata da cartella clinica con scheda nosologica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici per le conseguenze dirette di infortunio.

FRANCHIGIA

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

GESSATURA

Mezzo di contenimento confezionato con gesso da modellare o altri tutori immobilizzanti equivalenti, applicati e rimossi esclusivamente all'interno di strutture ospedaliere e/o da personale medico specializzato (ortopedico, traumatologo).

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

INDENNIZZO / RIMBORSO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o Beneficiario in caso di sinistro.



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

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita (accidentale, involontaria), violenta (rapida, concentrata nel tempo) ed esterna (proveniente dall'esterno) che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.

ISTITUTO DI CURA

Ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero di persone infortunate. **Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lungodegenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano cure con finalità dietologiche ed estetiche.**

LAVORO MANUALE

Diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori comportanti l'utilizzo di macchine utensili ed attrezzature eccetto macchine per ufficio (compresi hardware e software).

MACCHINA UTENSILE

Macchina atta a trasformare forma e dimensione di oggetti di qualsiasi materiale, mediante asportazione selettiva di sovrmateriale in varie forme, tramite utensili. Sono considerate macchine utensili, ad esempio, torni, trapanatrici, alesatrici, fresatrici, piallatrici, limatrici, stozzatrici, brocciatrici, segatrici, seghetto alternativo, cesoie pneumatiche, dentatrici, affilatrici, lappatrici, rettificatrici, filettatrici.

Il trapano e l'avvitatore elettrico con potenza non superiore a 1KW non sono considerati macchine utensili.

MALATTIA

Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

PARTI

Il Contraente e la Società.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

RICOVERO

Le degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, pubblico o privato, documentata da cartella clinica, che comporti almeno un pernottamento. **Resta escluso il pernottamento presso il Pronto Soccorso per accertamenti diagnostici.**

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato, il premio e la sottoscrizione delle Parti (Mod. INF54370).

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

SPESA SANITARIA

La spesa sostenuta per diagnosi, cura o riabilitazione se effettuata da figure professionali abilitate in base alla normativa vigente, all'erogazione di prestazioni sanitarie alla persona. Sono escluse le spese per prestazioni di medicina non convenzionale.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da figura professionale abilitata, a norma della legge vigente, all'erogazione di prestazioni sanitarie alla persona. **Sono escluse le visite specialistiche della medicina non convenzionale.**



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

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 1.2 DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO 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 o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Nel caso di aggravamento del rischio il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società mediante lettera raccomandata. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO 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 24.00 del 30° 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. 1.4 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Salvo diversa indicazione riportata sulla scheda di polizza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 1.5 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Relativamente alla Sezione Infortuni dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto di assicurazione 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.

ART. 1.6 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

(non opera se nella casella "indicizzazione" della scheda di polizza è riportata l'indicazione "NO")

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

Mentre il premio di polizza sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, i valori ed i limiti delle prestazioni, escluse le franchigie, saranno adeguati ogni mese; quindi, in caso di sinistro, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del sinistro e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.

A ogni scadenza annuale del premio il Contraente e la Società hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione con riferimento all'ultima variazione intervenuta.



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

ART. 1.7 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone:

- a) residenti fuori dal territorio della Repubblica Italiana sia al momento della stipula del contratto che al momento del sinistro;**
- b) che, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, Aids, epilessia, cecità, sordità totale o gravi mutilazioni o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organico-cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.**

L'assicurazione cessa al verificarsi di quanto precisato ai punti a) o b).

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo verrà restituito al netto delle imposte dalla Società.

ART. 1.8 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 1.9 ONERI FISCALI

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

ART. 1.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

2. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

CHI E COSA ASSICURIAMO

ART. 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

TIPO COPERTURA 24 ORE

L'assicurazione vale per gli infortuni che subiscano le Categorie indicate in polizza, ferma la ripartizione delle somme assicurate indicate nella scheda di polizza.

In caso di infortunio, il presente contratto di assicurazione prevede – a favore delle persone assicurate o dei beneficiari – le prestazioni descritte nelle singole Garanzie Assicurate espressamente richiamate sulla scheda di polizza.

TIPO COPERTURA LIMITATA ALLA CIRCOLAZIONE (in alternativa alla copertura 24 ore, con riduzione di premio, se la scelta appare sulla scheda di polizza)

L'assicurazione vale per gli infortuni che le Categorie indicate in polizza, **ferma la ripartizione delle somme assicurate indicate nella scheda di polizza**, subiscano **esclusivamente a causa di circolazione** nei termini di seguito indicati:

- conducenti, non a titolo professionale, di autovetture ad uso privato, autoveicoli di peso a pieno carico fino a 3.500 kg, motoveicoli (motocarri e motocicli), ciclomotori. La garanzia opera per gli infortuni verificatisi durante e in conseguenza della circolazione nonché per gli infortuni occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo, rese necessarie per riprendere la marcia;
- conducenti di natanti da diporto a motore, in conseguenza di incidenti di navigazione occorsi al natante medesimo;
- trasportati su autovetture e motoveicoli privati (motocarri e motocicli) abilitati al trasporto di persone, durante la circolazione e in conseguenza della circolazione;
- trasportati su mezzi pubblici di locomozione (aeromobili compresi), funivie, seggiovie, natanti da diporto, in conseguenza di incidente di circolazione o di navigazione occorso al mezzo;
- ciclisti, in conseguenza di urto o collisione con altro veicolo identificato;
- pedoni, in conseguenza di investimento da parte di veicoli.

Per ogni tipo di copertura scelta sono considerati infortuni anche:

- 1) i colpi di sole, di calore, l'assideramento o il congelamento;
- 2) la folgorazione;
- 3) quelli subiti dall'uso o guida di natanti da diporto, dalla partecipazione a raduni e manifestazioni di veicoli storici iscritti ASI o FMI (autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori) utilizzati su strade aperte al pubblico **salvo quanto previsto all'art. 2.3 "Cosa non assicuriamo" punti 4), 5) e 6)**;
- 4) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria;
- 5) quelli causati da morsi di animali e punture di insetti, **esclusa la malaria e le malattie tropicali**;
- 6) gli avvelenamenti del sangue ed infezioni sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 7) quelli subiti dall'Assicurato durante i viaggi in aereo effettuati **esclusivamente in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio)** su aeromobili in servizio pubblico o per voli privati, da chiunque esercitati, condotti da piloti professionisti. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di forzato dirottamento;
- 8) l'asfissia, **purché non dipendente da malattia**;
- 9) l'annegamento;
- 10) quelli causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;



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

- 11) quelli causati da tumulti popolari, atti di vandalismo, attentati, atti terroristici, aggressioni o atti violenti ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- 12) quelli subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore, vertigini o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizioni patologiche;
- 13) quelli causati dall'abuso di alcolici, purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,0 grammi/litro;
- 14) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti / trattamenti e cure mediche resi necessari da infortunio indennizzabile;
- 15) quelli subiti dall'Assicurato a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani. **Se l'infortunio si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, l'indennizzo è ridotto del 50%.**

ART. 2.2 PERSONE ASSICURATE

Possono essere assicurate le persone delle seguenti categorie:

A -il Contraente

B -il Coniuge o Convivente di fatto del Contraente

C -i loro Figli naturali e adottivi purché iscritti nello stato di famiglia del Contraente al momento del sinistro o, se non iscritti nello Stato di Famiglia del Contraente, purché nominativamente indicati in polizza all'atto della stipula del contratto

Categorie differenti dalle precedenti dovranno essere oggetto di patto speciale.

Le Garanzie Assicurate operanti, le rispettive somme e la ripartizione percentuale delle stesse fra le categorie assicurate, secondo le scelte del Contraente al momento della stipula del contratto e con il massimo del 50% per singola categoria, sono indicate sulla scheda di polizza.

La somma attribuita alla persona non più assicurabile come riportato nell'art. 1.7 "Persone non assicurabili" viene ripartita proporzionalmente tra le altre categorie, a condizione che la persona non più assicurabile appartenga alle categorie A o B oppure se quella persona era l'unica assicurata della categoria C.

Per tutti i casi sopra indicati, il pagamento dei premi scaduti, dopo che si è manifestata la condizione di non assicurabilità, o qualunque altro atto non potranno essere interpretati come deroga alla cessazione del contratto.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 2.3 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurati gli infortuni:

conseguenti:

1. **ad evento avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova già nel paese segnalato, la garanzia opera per un periodo di 14 giorni dalla data della segnalazione;**
2. **ad attività professionale svolta a bordo di aeromobili;**
3. **all'uso, anche come passeggero di:**
 - a) **mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali paracadute, ultraleggeri, deltaplani, parapendio, apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**
 - b) **aeromobili di aziende o privati condotti da piloti non professionisti o di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - c) **mezzi subacquei;**



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

4. all'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista per qualsiasi motivo eseguiti;
5. alla guida di veicoli o natanti a motore se non abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore. Tuttavia, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, la copertura assicurativa non è esclusa a condizione che al momento del sinistro l'Assicurato abbia i requisiti necessari per ottenere il rinnovo;
6. alla guida di veicoli e/o motoveicoli al di fuori delle strade ad uso pubblico o privato equiparato destinate alla circolazione di pedoni e veicoli;
7. ad alcolismo e/o ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque a volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
8. all'assunzione di una quantità di alcool che comporti un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,0 grammi/litro se l'Assicurato si trova alla guida di mezzi di locomozione;
9. a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
10. alla partecipazione dell'Assicurato o dei beneficiari, ad azioni dolose commesse o tentate;
11. a imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
12. a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

occorsi durante:

13. l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
14. l'espletamento all'estero del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso;
15. la pratica di tutti gli sport a livello professionistico;
16. tutte le attività che prevedono esposizione a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
17. attività e lavori comportanti l'impiego ed il contatto con esplosivi, acidi, sostanze corrosive, infiammabili e tossiche;
18. la pratica di: **pugilato; atletica pesante; lotta nelle sue varie forme; arti marziali** salvo quanto previsto dall'allegato 1 - Elenco attività sportive; **alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai; speleologia; salto dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico estremo e fuori pista; snowboard acrobatico estremo e fuori pista; snowkite; free-ride; free-climbing; canoa fluviale oltre il III° grado; rafting; rafting canoa; hydrospeed; torrentismo e canyoning; kitesurf; surfing (surf sull'onda), BMX, mountain-bike nella specialità del down-hill, bungee jumping; base jumping; bob; pesca subacquea; paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con mongolfiere, deltaplano, ultraleggeri e simili), parkour, funanbolismo.**

Sono comunque esclusi infarti e ernie, salvo quanto disposto dall'art. 2.16 "Lesioni speciali a seguito di infortunio".



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

ART. 2.4 TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO

(non operante in caso di limitazione al rischio circolazione)

Le percentuali di indennizzo indicate nella seguente tabella si applicano:

- alla somma assicurata di ciascuna delle Garanzie Assicurate indicate sulla scheda di polizza;
- tenendo conto della ripartizione delle somme assicurate tra le varie categorie indicata sulla scheda di polizza.

Circostanza in cui si verifica l'infortunio	percentuale di indennizzo
durante lo svolgimento di un'attività che non prevede lavoro manuale	100%
durante lo svolgimento delle normali attività del tempo libero, della vita di relazione, della ricreazione, compresi gli hobbies, i lavori di ordinaria manutenzione e di giardinaggio/orticoltura nelle pertinenze della casa, anche se tali attività prevedono lavoro manuale, ma con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ utilizzo di macchine utensili, seghe circolari o a nastro, presse, martelli pneumatici, impastatrici, macchinari simili, escavatrici, trattori, macchine agricole, natanti, mezzi operativi, macchine operatrici; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere e gallerie non stradali; ▪ seppellimento e sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ schiacciamento, taglio (con o senza amputazione) subito a seguito dell'utilizzo di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio, smontaggio e manutenzione di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ le immersioni subacquee con o senza autorespiratore; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; ▪ attività a contatto con animali da allevamento vivi; 	100%
quando l'Assicurato si trova alla guida di autovetture ad uso proprio o ad uso locazione senza conducente, camper/autocaravan;	100%
quando l'Assicurato è trasportato su autovetture, camper/autocaravan o autocarri fino a 3.500 kg, mezzi di trasporto pubblico;	100%
quando l'Assicurato è investito, in qualità di pedone, da qualsiasi tipo di veicolo;	100%
quando l'Assicurato è trasportato su impianti a fune in servizio pubblico destinati al trasporto di persone;	100%
durante le pratica di attività sportiva classificata come "a basso rischio" come da allegato 1;	100%
caduta di oggetti sulla persona assicurata, a meno che ciò non causi a sua volta la caduta della persona assicurata da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile;	100%

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

Circostanza in cui si verifica l'infortunio	percentuale di indennizzo
durante lo svolgimento di attività che prevede lavoro manuale, con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ utilizzo di macchine utensili, seghe circolari o a nastro, presse, martelli pneumatici, impastatrici, macchinari simili, escavatrici, trattori, macchine agricole, natanti, mezzi operativi, macchine operatrici; ▪ guida di autocarri di peso complessivo superiore a 3.500 kg; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere o gallerie non stradali; ▪ seppellimento e sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ schiacciamento, taglio (con o senza amputazione) subito a seguito dell'utilizzo di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio, smontaggio e manutenzione di attrezzature da lavoro; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ immersioni subacquee con o senza autorespiratore; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; ▪ attività a contatto con animali da allevamento vivi; 	75%
quando l'Assicurato si trova alla guida di autovetture ad uso Taxi o noleggio con conducente (NCC) e autocarri fino a 3.500 kg;	75%
quando l'Assicurato si trova alla guida di cicli o velocipedi;	75%
quando l'Assicurato si trova alla guida di ciclomotori, motocicli, mezzi di trasporto pubblico terrestre, unità da diporto;	75%
quando l'Assicurato è trasportato su ciclomotori, motocicli, natanti;	75%
durante le pratica di attività sportiva classificata come "medio rischio" come da allegato 1;	75%
durante lo svolgimento di una attività che prevede lavoro manuale, con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ guida di autocarri di peso complessivo superiore a 7.000 kg; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere e gallerie non stradali; ▪ seppellimento o sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; 	50%
quando l'Assicurato si trova alla guida di autocarri oltre 3.500 kg, ambulanze, trattori industriali e agricoli, escavatrici, mezzi per la navigazione diversi da unità da diporto;	50%
durante la pratica di attività sportiva classificata come "elevato rischio" come da allegato 1;	50%
In una circostanza e/o durante lo svolgimento di un'attività per la quale, in base alla presente tabella, non opera una percentuale superiore al 25%;	25%
durante la pratica di attività sportiva classificata come "grave rischio" come da allegato 1.	25%



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

Circostanza in cui si verifica l'infortunio	percentuale di indennizzo
durante lo svolgimento di una tra le seguenti attività professionali: <ul style="list-style-type: none"> ▪ giostraio e/o circense; ▪ guida alpina e/o speleologo; ▪ personale addetto alla vigilanza armata, portavalori, sicurezza di luoghi pubblici o privati; ▪ guardia del corpo / buttafuori; ▪ forze armate, forze dell'ordine, Vigili del Fuoco 	25%

In caso di infortunio occorso in circostanze non espressamente indicate nei punti precedenti, si procederà alla valutazione della percentuale di riduzione dell'indennizzo adottando un criterio di analogia per circostanze e/o ambiente in cui l'infortunio si è verificato.

GARANZIE ASSICURATE

(Operanti se richiamate sulla scheda di polizza)

PREMESSA:

Nel seguente testo i termini "somma assicurata" e "indennità giornaliera" si riferiscono sempre alla somma assicurata prevista per la singola persona assicurata corrispondente all'importo calcolato secondo i criteri indicati all'art. 2.2 "Persone assicurate".

La validità della copertura prevista dal presente contratto è subordinata alla presentazione del **certificato del Pronto Soccorso Ospedaliero** - ad eccezione del caso morte - **emesso entro e non oltre 3 giorni dalla data dell'infortunio.**

ART. 2.5 MORTE

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte e questa si verifica, anche successivamente alla cessazione del contratto, entro 2 anni dalla data dell'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso Morte ai beneficiari in parti uguali.

Se invece l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente e dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro 2 anni dalla data dell'infortunio, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente. **L'indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.**

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e si presume sia avvenuto il decesso, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso Morte ai beneficiari in parti uguali. L'indennizzo non verrà corrisposto prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risulti in vita, la Società ha diritto, da parte dei beneficiari, alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta l'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da infortunio eventualmente subita.

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

ART. 2.6 INVALIDITÀ PERMANENTE

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
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	
Anchilosi:		
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
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 pronosupinazione 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 3° 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	10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	



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

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
Esiti di frattura amielica somatica 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		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%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

- c) Se l'infornuto ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di menomazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
 - la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali di invalidità per ciascuna menomazione (calcolate sulla base di valori indicati alla lettera b), con il massimo assoluto del 100%;
 - in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicati alla lettera b) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
 - per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive, si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

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

d) **FRANCHIGIA SULLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE**

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza un'invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata; negli altri casi l'indennizzo è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata diminuita della franchigia di seguito indicata:

- a) per invalidità permanente accertata pari o inferiore al 5% non è dovuto alcun indennizzo;
- b) per invalidità permanente accertata superiore al 5% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 5%;

Esclusivamente per le persone di età inferiore a 75 anni compiuti al momento dell'infortunio, se l'invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità Permanente senza alcuna franchigia.

e) **ANTICIPO INDENNIZZO**

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo sull'indennizzo per invalidità permanente nel caso in cui i postumi invalidanti siano stimati dalla Società in misura prevedibilmente non inferiore al 20%. L'anticipo è pari al 50% del presumibile indennizzo, con il massimo di euro 20.000, e viene conguagliato in sede di liquidazione definitiva del sinistro.

Quanto sopra non costituisce impegno della Società circa il grado percentuale definitivo di Invalidità Permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Società sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio.

ART. 2.7 RIMBORSO SPESE SANITARIE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, **fino alla concorrenza della relativa somma assicurata per sinistro e per anno assicurativo**, le spese sanitarie sostenute per:

- 1) onorari dei chirurghi e/o dell'équipe operatoria;
- 2) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- 3) rette di degenza;
- 4) esami ed accertamenti diagnostici;
- 5) trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da uno specialista o dal medico curante **effettuati e fatturati entro i 180 giorni** successivi all'infortunio o alla data di dimissione del primo ricovero necessario per la cura dell'infortunio stesso; **tali spese sono rimborsate fino a euro 1.500;**
- 6) trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura con qualsiasi mezzo ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- 7) prestazioni medico-infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche. **Restano esclusi dall'indennizzo i medicinali;**
- 8) il trasferimento, per l'immediato ricovero dell'Assicurato presso un Istituto di cura idoneo, qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile dall'équipe medica dell'Istituto di cura del luogo ove è avvenuto l'infortunio;
- 9) cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio, comprese quelle per interventi di chirurgia plastica od estetica. **L'intervento di chirurgia estetica dovrà avvenire entro 2 anni dalla data di guarigione clinica dell'infortunio, sempre che la polizza sia in vigore al momento dell'intervento;**
- 10) cure e protesi dentarie **fino al massimo di euro 750 per sinistro.**

La Società effettua il rimborso a cura ultimata e previa presentazione della cartella clinica e delle fatture o parcelle giustificative di spesa in originale, con l'applicazione di una franchigia a carico dell'Assicurato di euro 150 per sinistro.



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

Esclusivamente per le persone dai 76 anni di età compiuti al momento dell'infortunio, la Società rimborsa esclusivamente le spese sanitarie sostenute durante il ricovero; restano escluse pertanto tutte le spese sanitarie sostenute successivamente al ricovero o in assenza di ricovero.

ART. 2.8 DIARIA DA RICOVERO

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero, **escluso quello di dimissione, per un periodo massimo di 180 giorni per sinistro.**

In caso di "Day Hospital" o di "Day Surgery" l'indennità **è dovuta esclusivamente se la degenza è di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purché dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa.**

ART. 2.9 DIARIA DA CONVALESCENZA

La Società corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza indicata in polizza **per il numero di giorni prescritti dall'Istituto di cura, per un periodo massimo di 50 giorni per sinistro e per annualità assicurativa, a condizione che il ricovero abbia previsto almeno un pernottamento.**

Esclusivamente per le persone dai 76 anni di età compiuti al momento dell'infortunio, la Società corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza indicata sulla scheda di polizza per un numero di giorni pari al doppio dei giorni di ricovero indipendentemente dai giorni prescritti dall'Istituto di cura e per un periodo massimo di 20 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.

ART. 2.10 DIARIA DA GESSATURA

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta gessatura, resa necessaria da fratture osteoarticolari o da lesioni capsulo-legamentose strumentalmente accertate e diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la Società corrisponde l'indennità giornaliera da gessatura indicata sulla scheda di polizza per ciascun giorno di applicazione della gessatura, **escluso il giorno della sua rimozione, per un periodo massimo di 50 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.**

È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o la frattura composta di almeno due archi costali: in questi casi la Società corrisponde l'indennità **per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.**

ART. 2.11 CUMULO DELLE DIARIE GIORNALIERE

Le diarie giornaliere di cui agli artt. 2.8, 2.9 2.10 non sono cumulabili tra loro. In caso di sovrapposizione temporale fra di esse, la Società liquiderà l'indennizzo considerando la diaria più favorevole all'Assicurato.

ART. 2.12 RENDITA VITALIZIA (a seguito di infortunio)

Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60% della totale, la Società, mediante una polizza Vita, assicura il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo indicato nella scheda di polizza e determinato secondo quanto disposto dall'art. 2.2 "Persone assicurate".

L'effetto della polizza Vita è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale è stato accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

La rendita è riconosciuta se l'Assicurato, al momento dell'infortunio, ha compiuto almeno 14 anni di età; se di età inferiore viene corrisposto un indennizzo forfettario di euro 15.500.



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

CONDIZIONI AGGIUNTIVE (sempre operanti)

COMMORIENZA DEI GENITORI

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile determinato da uno stesso evento, consegua la morte dei genitori, **almeno uno assicurato con la presente polizza**, la Società corrisponderà il doppio della somma assicurata per il caso Morte **con il massimo di euro 300.000** esclusivamente ai beneficiari figli minori e/o riconosciuti invalidi civili **con percentuale pari o superiore al 60%**.

INDENNITÀ PER PERDITA DI ANNO SCOLASTICO

La Società liquida un'indennità speciale di euro 2.500 a favore dell'Assicurato che al momento dell'infortunio risulti regolarmente iscritto a scuola primaria, secondaria di primo o secondo grado in Italia, se, in conseguenza dell'infortunio avvenuto durante l'anno scolastico, si sia trovato nell'incapacità fisica di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare, secondo le disposizioni in materia, la perdita dell'anno scolastico. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta a causa delle suddette assenze.

CONTAGIO HIV

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo di euro 10.000. Qualora l'Assicurato - studente di età non superiore ai 25 anni, in conseguenza di infortunio, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, la Società corrisponde un indennizzo di euro 1.000 per favorire il recupero della preparazione scolastica.

CONDIZIONI FACOLTATIVE

Le Condizioni facoltative della presente Sezione sono operanti solo se espressamente richiamate sulla scheda di polizza.

Resta ferma l'efficacia dell'art. 2.3 "Delimitazione dell'assicurazione" e di tutte le altre norme indicate in polizza, se non espressamente derogate.

A - TABELLA INAIL (Adozione della tabella di legge)

La tabella delle percentuali di invalidità permanente, prevista dall'art. 2.6 "Invalidità Permanente", si intende sostituita da quella di cui all'allegato 2 del D.P.R. 30 giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto.

B – FRANCHIGIA 3% SU INVALIDITÀ PERMANENTE

A modifica di quanto disposto dal punto d) dell'art. 2.6 "Invalidità Permanente", nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata; negli altri casi l'indennizzo è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata diminuita della franchigia di seguito indicata:

- a) per invalidità permanente accertata pari o inferiore al 3% non è dovuto alcun indennizzo;**
- b) per invalidità permanente accertata superiore al 3% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 3%.**

Se l'invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità Permanente senza alcuna franchigia.

Questa condizione opera fino al compimento del 76° anno di età al momento dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato ha compiuto 76 anni opera la franchigia prevista al punto d) dell'art. 2.6.



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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 2.14 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio e l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato; deve essere trasmessa, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società nel più breve tempo possibile.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

Per ottenere il rimborso delle spese di cura l'Assicurato deve presentare i documenti di spesa in originale e la documentazione medica.

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato deve consentire alla visita dei medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 2.15 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili esclusivamente 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 menomato, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali previste verranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 2.16 LESIONI SPECIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO

(Operante se in polizza è indicata la somma assicurata per Invalidità Permanente)

La presente estensione di garanzia non è valida per le persone assicurate che abbiano compiuto 76 anni al momento del sinistro.

MENOMAZIONI VISIVE ED UDITIVE

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.6 "Invalidità Permanente" o dalla tabella INAIL, se richiamata la Condizione Particolare A nella scheda di polizza, in caso di menomazioni visive ed uditive la valutazione sarà effettuata senza tenere conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi; **il grado di invalidità permanente così determinato verrà convenzionalmente diminuito del 30%.**

LESIONI TENDINEE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea, intesa come lesione di un tendine avvenuta, a differenza delle lesioni da taglio, senza interruzione o sezione del mantello cutaneo sovrastante, di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;

la Società, **derogando ai criteri di indennizzabilità, riconosce un indennizzo corrispondente ad un grado di invalidità permanente pari al 2%, con il massimo di euro 2.000**, qualsiasi sia la tabella di valutazione dell'invalidità, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste.

Non sarà riconosciuto altro indennizzo relativo ad altre garanzie anche se richiamate in polizza.



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

ERNIE

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.3, relativamente alle ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino ricovero o intervento chirurgico, la Società corrisponde una diaria di euro 50 per ogni pernottamento in struttura sanitaria o giorno di degenza in day hospital / day surgery, con il minimo di euro 200 per sinistro.

Non sarà riconosciuto altro indennizzo relativo ad altre garanzie anche se richiamate in polizza.

Le ernie addominali e discali che non comportino ricovero o intervento chirurgico non danno luogo ad alcun indennizzo.

INDENNIZZI FORFETTIZZATI

Indipendentemente dalla tabella utilizzata per la valutazione dell'Invalidità Permanente, sia essa quella prevista all'Art. 2.6 o quella prevista dalla Condizione facoltativa A - Tabella INAIL, si conviene che in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza con:

- **esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 2% con il massimo di euro 2.000**, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste;
- **esiti da lesione alla cuffia dei rotatori della spalla interessata verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 1% con il massimo di euro 1.000**, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste;
- **esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo, strumentalmente diagnosticato, verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 1% con il massimo di euro 500**, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste.

Non sarà riconosciuto altro indennizzo relativo ad altre garanzie anche se richiamate in polizza.

ART. 2.17 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- a) mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico deputato ad assisterla nella procedura. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;
- b) mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto a), oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico deputato ad assisterla nella procedura, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.



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

ART. 2.18 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Sanitarie, la Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti delle seguenti persone:

- familiari conviventi dell'Assicurato;
- familiari non conviventi dell'Assicurato fino al 3° grado di parentela;
- Contraente e Assicurati nel medesimo contratto di assicurazione.

ART. 2.19 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.

Tuttavia se l'infortunato muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida ai beneficiari:

- a) l'importo già concordato, o in alternativa,
- b) l'importo offerto.

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'infortunio denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche previsti in polizza, la Società liquida ai beneficiari, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 2.15 "Criteri di indennizzabilità" e 2.14 "Denuncia del sinistro", anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

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

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di infortunio o malattia verificatosi durante il periodo di validità della polizza o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le seguenti prestazioni di assistenza.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 99

- fax n° 011- 7425588
- posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

Comunicando:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo, anche temporaneo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, Italiana non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

CHI E COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

ASSISTENZA NUCLEO FAMILIARE

A. CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.** Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

B. PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, **dietro prescrizione medica**, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

C. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato in una struttura sanitaria e, non potendo essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero, richieda la presenza di un familiare maggiorenne sul posto, la Centrale Operativa:

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

- mette a disposizione del familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo **fino alla concorrenza di euro 520 per sinistro per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

C. TRASFERIMENTO IN UNA STRUTTURA SANITARIA

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato **(esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);**
 - aereo di linea (eventualmente barellato);
 - autoambulanza;
 - treno/vagone letto (prima classe);
 - altri mezzi adatti alla circostanza.
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindrome organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

D. RIENTRO DEL CONVALESCENTE

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, **purché convalescente a seguito di un ricovero certificato dalla cartella clinica di dimissione**, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario**, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza od altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico che l'accompagna sono a carico della Società.

E. RIENTRO FUNERARIO

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto a tutte le formalità. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.



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

Il costo connesso al disbrigo delle formalità, quello per un feretro sufficiente per il trasporto del corpo ed il trasporto stesso sono a carico della Società. **La prestazione opera con il limite di euro 20.700 per nucleo familiare.**

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio d'essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 3.2 DELIMITAZIONI

La Società non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- a) guerre, insurrezioni, occupazioni militari;**
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;**
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- d) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- e) atti di pura temerarietà dell'Assicurato;**
- f) malattie e/o infortuni in atto al momento della partenza per il viaggio;**
- g) malattie mentali, abuso di alcolici e/o sostanze stupefacenti;**
- h) infortuni derivanti dalla pratica di:**
 - **sport aerei e sport estremi in genere;**
 - **partecipazione a gare e/o prove con veicoli o natanti a motore;**
 - **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).**

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste dalle singole garanzie.

GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 3.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- A. fornire ogni informazione richiesta;**
- B. sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- C. produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.**

La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.



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

ART. 3.4 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente, per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

La Società non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita ed imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

ART. 3.5 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

ART. 3.6 RESTITUZIONE DEI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La Società ha diritto di richiedere all'Assicurato o chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui la Centrale Operativa abbia provveduto al suo rientro.

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

ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITÀ SPORTIVE, ferme le esclusioni di cui all'art. 2.3 "Cosa non assicuriamo"

ATTIVITÀ A BASSO RISCHIO

Arti marziali che non prevedono contatto fisico e/o utilizzo di attrezzi

Ballo da sala, **escluso il ballo acrobatico**

Ginnastica dolce, posturale.

Golf

Yoga

Podismo

ATTIVITÀ A MEDIO RISCHIO

Aerobica nelle varie specialità

Atletica leggera **escluso il podismo**

Canottaggio / Canoa

Cheer leading

Ciclismo

Danza nelle varie specialità

Ginnastica che comporti **l'utilizzo di attrezzi (quali anelli, parallele, trampolino, cavallo, trave)**

Body building

Nuoto nelle varie specialità

Pesca sportiva **esclusa pesca subacquea**

Sci di fondo

Telemark

Tennis nelle varie specialità

Tiro con armi a vendita libera

Tiro con arco

Vela **esclusa attività che comporta l'accesso all'albero dell'imbarcazione.**

ATTIVITÀ A ELEVATO RISCHIO

Ballo acrobatico

Baseball / Softball

Calcio nelle varie specialità

Pattinaggio a rotelle e su ghiaccio nelle varie specialità, **escluso su strada**

Pallacanestro

Pallamano

Pallanuoto

Pallavolo

Pallone elastico (o pallapugno)

Scherma

Skateboard, **escluso su strada**

Squash

ATTIVITÀ A GRAVE RISCHIO

Hockey a rotelle e su prato

Hockey su ghiaccio

Surf

Windsurf

Tuffi

Sci e snowboard nelle loro varie specialità, **ferme le esclusioni di polizza**

Mountain-bike **esclusa la specialità del down-hill**

Sport equestri

Rugby e sue varianti

Football americano

Sci nautico

Pugilato e lotta nelle sue varie forme



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

ALLEGATO 2 - TABELLE INAIL

(TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE)

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

DESCRIZIONE PERCENTUALI

	DX	SX
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	

Altre menomazioni della facoltà visiva: (vedasi la tabella seguente)

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

Note:

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata, in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



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

	DX	SX
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16
Perdita totale del solo alluce		7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista l'immobilità della scapola		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8



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

	DX	SX
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11
In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzabile con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale, la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.		
Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.		

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54371 - Ed. 01/2019



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.