



Gulliver

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DELLA CIRCOLAZIONE O AERONAUTICI.

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

TOGETHER MORE

INTRODUZIONE

Gulliver è un prodotto modulare, per tutelare la persona dai rischi che possono accadere durante la circolazione stradale in qualità di Conducente e/o trasportati di autoveicoli, motocicli e ciclomotori o durante il volo in qualità di passeggero di voli aerei.

Relativamente all'ambito della **Circolazione stradale**, l'Assicurato può scegliere di acquistare le seguenti Sezioni/garanzie:

Sezione Infortuni

- Morte
- Invalidità Permanente
- Rimborso Spese di Cura
- Diaria per Ricovero
- Rendita Vitalizia

Sezione Assistenza

- Assistenza Più
- Assistenza in viaggio
- Assistenza speciale in casa

Sezione Tutela Legale

Relativamente all'ambito dei **Viaggi aerei**, l'Assicurato può scegliere di attivare le seguenti Sezione/garanzie:

Sezione Infortuni

- Morte
- Invalidità Permanente

Si specifica che saranno operanti esclusivamente le Sezioni e le garanzie esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

LE CONDIZIONI GENERALI sono norme comuni a tutte le Sezioni che regolano l'assicurazione in generale.



GULLIVER

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54151 – Ed. 03/2018

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54151/FI e dalla scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5 riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.

Con la firma della scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5 il Contraente approva le condizioni di Assicurazione previste nel presente libretto modello INF54151/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni di Assicurazione sono riportate quelle relative alle Sezioni:

- Infortuni
- Tutela Legale
- Assistenza

Diventano operanti le garanzie per le quali siano stati espressamente indicati i dovuti riferimenti e importi nelle rispettive caselle nella scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5.

INTRODUZIONE	Pag.	1
DEFINIZIONI	Pag.	5
A CONDIZIONI GENERALI	Pag.	7
B SEZIONE INFORTUNI	Pag.	8
▪ Chi e quando assicuriamo	Pag.	8
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	8
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	10
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	11
C SEZIONE TUTELA LEGALE	Pag.	16
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	16
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	17
▪ Quando assicuriamo	Pag.	18
▪ Dove assicuriamo	Pag.	18
▪ Gestione del sinistro	Pag.	18
D SEZIONE ASSISTENZA	Pag.	20
▪ Servizi di base	Pag.	20
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	21
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	25
▪ Gestione del sinistro	Pag.	25



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

DEFINIZIONI

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Assistenza prestata da infermieri in possesso di specifico diploma.

BAGAGLIO

L'insieme dei capi di vestiario e degli oggetti di uso personale che l'Assicurato porta con sé durante il viaggio.

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.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte di Reale Group. La Centrale Operativa organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONTRAENTE

La persona che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

DANNO ESTETICO

Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno stabilita contrattualmente che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

Quanto dovuto dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

MALATTIA

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

MASSIMALE

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



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

POLIZZA

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

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiali e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici; **si ritengono comunque escluse le spese per i certificati. Non sono compresi Farmaci e Specialità medicinali.**

RESIDENZA

Luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento in day hospital/day surgery.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso e, per la Sezione Tutela Legale, il verificarsi dei casi di controversia.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

Insieme di trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero della funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento al di fuori del comune di residenza o soggiorno dell'Assicurato.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.



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

A CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 RECESSO DAL CONTRATTO

Relativamente alle Sezioni Infortuni e Tutela Legale è prevista la facoltà di recesso dal contratto 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 con preavviso di 30 giorni. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Società, la stessa 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. 1.2 PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate; schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà, quindi, restituito dalla Società.

ART. 1.3 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Relativamente all'ambito Circolazione stradale

Qualora nella casella "tacito rinnovo" della scheda di polizza sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora la durata dell'assicurazione sia inferiore ad un anno, o qualora nella casella "tacito rinnovo" della scheda di polizza sia riportata l'indicazione "NO", l'assicurazione si intenderà cessata alla scadenza indicata sulla scheda di polizza senza necessità di formalità alcuna, fatta salva la facoltà del Contraente di prorogare l'assicurazione per un ulteriore anno mediante il pagamento del premio alle nuove condizioni tariffarie proposte dalla Società. In caso di mancato pagamento del premio resta comunque operante le garanzie rimarranno operanti fino alle ore 24 del 15° giorno successivo alla scadenza suddetta.

Relativamente all'ambito Viaggi aerei

L'assicurazione cessa alla scadenza indicata sulla scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

ART. 1.4 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 e di operai pubblicato dall'ISTAT. Mentre il premio di polizza sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, i valori e 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. Ad ogni scadenza annuale del premio il Contraente e la Società hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione con riferimento all'ultima variazione intervenuta.

ART. 1.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 1.6 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.

ART. 1.7 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Qualora l'infortunio subito dall'Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia a dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice Civile.



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

B SEZIONI INFORTUNI

CHI E QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 La Società assicura contro gli infortuni la persona indicata nella scheda di polizza o il conducente del veicolo indicato nella scheda di polizza.

ART. 2.2 L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo o tumulti popolari **purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- b) causa 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%**;
- c) causa guerra, se ed in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. **La garanzia opera per un periodo massimo di 5 giorni dall'inizio delle ostilità.**

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 € 10.400.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo, le malattie da decompressione;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali;
- le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici.

COSA ASSICURIAMO

La Società presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella scheda di polizza

ART. 3.1 MORTE

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o in difetto di designazione agli eredi legittimi.

L'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo 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'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora risulti che l'Assicurato sia vivo dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha diritto alla restituzione, da parte dei beneficiari, della somma loro pagata. L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

INDENNIZZO SPECIALE PER I MINORI

Qualora nel medesimo sinistro si verifichi la commorienza dell'Assicurato e del consorte, l'indennizzo spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili **con percentuale pari o superiore al 60%** viene aumentato del 50%.



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

La somma di questo indennizzo speciale e di quello per il caso Morte non potrà essere superiore a euro 300.000. Le eventuali somme assicurate per il caso Morte oltre questo limite verranno regolarmente erogate, verificandosi il caso, senza tener conto dell'indennizzo speciale medesimo.

ART. 3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società garantisce l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza.

Il grado di invalidità permanente è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (allegato n. 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) riportate al successivo art. 5.4.

La Società corrisponde su richiesta dell'Assicurato un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo in caso di invalidità permanente stimata superiore al 25% in base alla documentazione acquisita. L'Assicurato può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica.

Qualora nel corso della successiva trattazione e sino alla definizione del sinistro dovessero emergere dei motivi di non indennizzabilità, l'Assicurato si impegna alla restituzione delle somme percepite a titolo di anticipo.

ART. 3.3 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

(Operante solo sugli infortuni della circolazione stradale)

La Società per la cura delle lesioni determinate da infortunio rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato previsto nella scheda di polizza, le spese sostenute:

A. In caso di ricovero e successive allo stesso

Durante il ricovero:

- prestazioni sanitarie,
- trattamenti riabilitativi;
- diritti di sala operatoria e rette di degenza.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di euro 110 per ogni giorno, fino ad un massimo di 90 pernottamenti per sinistro.

Successive al ricovero:

- prestazioni sanitarie;
- trattamenti riabilitativi;
- noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.
- cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio.

Le spese successive al ricovero sono rimborsate **con l'applicazione di una franchigia di euro 50 per sinistro. Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.**

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia.

B. In assenza di ricovero

- prestazioni sanitarie;
- trattamenti riabilitativi;
- noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;
- cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'infortunio da referto del pronto soccorso pubblico;

Le spese indicate al presente capo sono rimborsate **con l'applicazione di una franchigia di euro 50 per sinistro.**

Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia.



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

Relativamente alle lettere A e B della presente garanzia, sono inoltre comprese, fino alla concorrenza del medesimo massimale indicato nella scheda di polizza, le spese sostenute:

- per l'assistenza infermieristica domiciliare, **con il limite di euro 60 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;**
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica, **fino a euro 5.200 per sinistro**, purchè l'infortunio sia provato da documentazione medica;
- dall'Assicurato per il trasporto fino alla struttura sanitaria o al luogo di soccorso o da una struttura sanitaria all'altra, **con il limite di euro 520 o di euro 2.600** in caso di intervento di eliambulanza.

ART. 3.4 DIARIA PER RICOVERO

(Operante solo sugli infortuni della circolazione stradale)

La Società in caso di ricovero in struttura sanitaria reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato **l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a 365 giorni per ogni infortunio.**

ART. 3.5 RENDITA VITALIZIA

(Operante solo sugli infortuni della circolazione stradale)

Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60% della totale, la Società, mediante una polizza Vita della serie "Speciale", assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale di euro 6.200 lorde annue. 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.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 INFORTUNI NON INDENNIZZABILI

La Società non indennizza gli infortuni derivanti:

- **dalla pratica di sport aerei in genere;**
- **dalla partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore;**
- **dalla guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore**, salvo il caso di guida con patente scaduta a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo. **Non vengono altresì indennizzati gli infortuni derivanti dalla guida di ciclomotori se l'Assicurato è sprovvisto di certificato di idoneità alla guida;**
- **dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
- **dalla pratica di sport a livello agonistico;**
- **dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci; da stato di ubriachezza accertata;**
- **da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- **dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).**

La Società non indennizza gli infortuni subiti dall'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.



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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

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. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili solo 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. 5.3 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 da essa designato. 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 da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

ART. 5.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

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 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 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. 5.1 Denuncia dell'infortunio e 5.2 Criteri di indennizzabilità, 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 desunto 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.

Il grado di invalidità permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:



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

**TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE
(Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)**

	Destro		Sinistro
▪ 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):

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

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 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.
- 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.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 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%
- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



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

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ 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%
▪ Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
▪ Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	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 due ultime falangi dell'indice	11%	9%
▪ Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
▪ Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
▪ Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%



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

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ 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 prono supinazione		
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%
▪ 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%
▪ 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%

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per Invalidità Permanente Totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.

E' inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.



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

C SEZIONE TUTELA LEGALE

A norma del Decreto Legislativo 07 settembre 2005 n. 209, Artt. 163, 164, 173, 174 e correlati, i sinistri di Tutela Legale sono gestiti per conto della Società da ARAG SE - RAPPRESENTANZA GENERALE E DIREZIONE PER L'ITALIA con sede di Verona, 37135 - Viale del Commercio 59, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- telefono centralino: 045.8290411,
- fax per invio nuove denunce di sinistro: 045.8290557,
- mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@arag.it,
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: 045.8290449.

Inoltre, al numero telefonico:



il servizio "ARAGTEL" è a disposizione dell'Assicurato in orario di ufficio (dal lunedì al giovedì ore 8:30 - 13:00 e 14:00 - 17:00, il venerdì ore 8:30 - 13:00) per:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente Sezione;
- informazioni sugli adempimenti previsti in caso di intervento dinanzi all'autorità giudiziaria.

COSA ASSICURIAMO

È operante la garanzia solo se espressamente indicata nella scheda di polizza.

ART. 6.1 GARANZIA CIRCOLAZIONE

La garanzia riguarda esclusivamente sinistri concernenti una delle seguenti opzioni:

1. il veicolo assicurato espressamente identificato sulla scheda di polizza: la copertura vale per il proprietario, il locatario in base ad un contratto di leasing, il conducente autorizzato e i trasportati;
2. la circolazione stradale di qualsiasi veicolo condotto dall'Assicurato, **purché la guida di tale veicolo sia consentita dalla patente dell'Assicurato espressamente indicata nella scheda di polizza:** la copertura vale per l'Assicurato ed i trasportati sul veicolo condotto dall'Assicurato.

Le garanzie valgono per:

- controversie relative a danni a cose e/o persone per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti a seguito della circolazione;
- difesa penale per delitto colposo o contravvenzione avvenuti in conseguenza della circolazione; la garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
- assistenza nei procedimenti di dissequestro del veicolo assicurato o del veicolo condotto dall'Assicurato in caso di sequestro avvenuto in conseguenza di incidente stradale;
- istanza di modifica del provvedimento di sospensione e/o revoca della patente in conseguenza di incidente stradale. ARAG provvederà su richiesta dell'Assicurato, alla redazione e presentazione del ricorso **purché l'Assicurato faccia pervenire ad ARAG il provvedimento in originale entro 5 giorni dalla data di notifica dello stesso.**

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

ART. 6.2 RISCHIO ASSICURATO

La Società assicura, in sede extragiudiziarica e giudiziaria e nei limiti del massimale convenuto sulla scheda di polizza, l'assistenza legale ed i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'Assicurato nei casi indicati all'art. 6.1.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalle tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo nel caso in cui la mediazione sia prevista obbligatoriamente per legge;
- le spese peritali in genere (Consulente tecnico - Consulente Tecnico di parte - Periti in genere) purché concordate con ARAG ai sensi dell'art. 10.3 lett. e;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi dell'art. 10.3 lett. d;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- le spese attinenti l'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. 10.1 lett. c.

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa polizza, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato - Contraente.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 7.1 DELIMITAZIONI

La Società non presta la garanzia:

- a. **per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;**
- b. **per il pagamento degli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere);**
- c. **per fatti dolosi degli Assicurati;**
- d. **per vertenze in materia fiscale ed amministrativa;**
- e. **per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;**
- f. **se il Conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 21.12.1969 n. 990 e successive modificazioni;**
- g. **nei casi di guida sotto l'influenza dell'alcool (art. 186 Codice della Strada) o per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada) o per violazione dell'art. 189, comma 1, Codice della Strada (comportamento in caso di incidente);**
- h. **per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove con veicoli a motore, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;**
- i. **per controversie di natura contrattuale;**
- j. **per fatti conseguenti a tumulti popolari, atti di guerra, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;**



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

- k. per controversie derivanti dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;**
- l. per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;**
- m. per controversie con la Società.**

QUANDO ASSICURIAMO

ART. 8.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

La Società presta la garanzia per le controversie determinate da fatti verificatisi dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione e che siano stati **denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della polizza.**

Per inizio del sinistro si intende il momento:

- del verificarsi dell'evento che ha originato il diritto al risarcimento, per il recupero di danni extracontrattuali;
- in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge per tutte le restanti ipotesi.

In presenza di più violazioni della stessa natura si fa riferimento, per il momento di insorgenza del sinistro, alla data della prima violazione.

Si considerano a tutti gli effetti unico sinistro:

- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

DOVE ASSICURIAMO

ART. 9.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Garanzia Circolazione:

- nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale **l'assicurazione vale per i sinistri che insorgono in Europa o nei Paesi del bacino del Mediterraneo** sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori;
- in tutte le altre ipotesi **la garanzia vale per i sinistri che insorgono e devono essere trattati in Italia.**

GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 10.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

- a. **L'Assicurato, nel momento in cui si è verificato il sinistro o ne abbia avuto conoscenza, deve dare tempestivo avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede della Società o ad ARAG.**
- b. **In ogni caso deve far pervenire all'Agenzia od alla Sede della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 10 giorni dalla data della notifica stessa.**
- c. **Contemporaneamente alla denuncia l'Assicurato ha il diritto di indicare alla Società, anche nel caso di conflitto di interessi con la stessa e con ARAG, un unico Legale residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per il sinistro.**
- d. **In caso di omissione di tale indicazione, se non sussiste conflitto di interessi con la Società e con ARAG, quest'ultima si intende delegata a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire mandato.**



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

ART. 10.2 FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- **informare immediatamente l'Agenzia o la Sede della Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti, e, su richiesta, metterli a disposizione;**
- **conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.**

ART. 10.3 GESTIONE DEL SINISTRO

- a. **Ricevuta la denuncia del sinistro, ARAG si adopera per realizzarne una bonaria definizione;**
- b. **ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 10.1;**
- c. **la garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile sia penale soltanto se l'impugnazione presenti possibilità di successo;**
- d. **l'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica sia giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG;**
- e. **l'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di periti in genere viene concordata con ARAG;**
- f. **ARAG così come la Società, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere;**
- g. **in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e la Società e/o ARAG, la decisione può essere demandata, con esclusione delle vie giudiziarie, ad un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile;**
- h. **ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.**

ART. 10.4 RECUPERO DI SOMME

Tutte le somme recuperate o comunque liquidate dalla controparte, a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato. Gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente vanno invece a favore di ARAG che le ha sostenute o anticipate.



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

D SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato, che si trova in difficoltà durante il periodo di validità della polizza o che necessiti d'informazioni in ambito sanitario, la Società mette a disposizione le seguenti prestazioni e servizi. 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
Numero Verde
800-042042

DALL'ESTERO
+39 011 742 55 99

- posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

Comunicando:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

SERVIZI DI BASE

(operanti qualora venga acquistata almeno una garanzia di Assistenza)

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

Non verranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

RETE DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Qualora l'Assicurato richieda informazioni e prenotazioni su strutture sanitarie, la Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di informazioni e prenotazioni presso le strutture sanitarie con essa convenzionate.

Il costo delle eventuali prestazioni è a carico dell'Assicurato, che usufruisce di tariffe preconcordate e scontate.

Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 09:00 alle 18:00 esclusi i giorni festivi anche infrasettimanali.

SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato si trovi all'estero e richieda una visita specialistica, la Centrale Operativa provvede a segnalare il nominativo di un medico il più vicino possibile al luogo in cui si trova l'Assicurato.

COLLEGAMENTO CONTINUO CON LA STRUTTURA SANITARIA

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, a seguito d'infortunio o malattia, debba essere ricoverato d'urgenza in una struttura sanitaria ed i suoi familiari richiedano d'essere informati sulle sue condizioni, la Centrale Operativa provvede ad effettuare un collegamento telefonico diretto tra i propri medici di guardia ed il medico curante sul posto.

Le notizie cliniche saranno poi comunicate telefonicamente alla famiglia dell'Assicurato.

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

COSA ASSICURIAMO

Sono operanti le garanzie esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

ART. 11.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A. GARANZIA ASSISTENZA PIÙ

INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con Blue Assistance sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione viene fornita gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo. Per ogni evento successivo la garanzia opera con un diritto di chiamata di € 10 per evento.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una struttura sanitaria o da questa alla sua residenza, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede all'invio.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per evento.

TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata;
- organizzare i contatti medici;
- organizzare il trasferimento dell'Assicurato con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo: aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo), aereo di linea (eventualmente barellato), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- organizzare i contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di malattie in atto al momento della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di malattie manifestatesi e/o di infortuni occorsi prima della partenza, 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 sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

B. GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO

INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN VIAGGIO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica in Italia al di fuori del proprio comune di residenza, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.



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

ASSISTENZA MEDICA GENERICA PER MINORI O PORTATORI DI HANDICAP

Qualora, nel corso di un viaggio dell'Assicurato, la persona incaricata della custodia dei suoi figli minori o di persone portatori di handicap, non in viaggio, richieda per loro una visita medica urgente in Italia nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con la persona incaricata della custodia dei figli, il loro trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza ed il successivo rientro alla loro residenza.

VIAGGIO DI UN FAMILIARE CON SOGGIORNO

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

- a. 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;
- b. prenota per il familiare un albergo. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

ASSISTENZA A FIGLI MINORI

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia nell'impossibilità d'occuparsi di figli minori che viaggiano con lui, la Centrale Operativa:

- a. mette a disposizione di una persona, incaricata di prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- b. prenota per la persona incaricata un albergo. **La prestazione opera fino alla concorrenza € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato.

PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, come certificato dal medico curante, sia costretto a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, la Centrale Operativa provvede a prenotargli un albergo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Centrale Operativa ed al massimo entro 30 giorni, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante.

ANTICIPO DI SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, debba sostenere spese impreviste a seguito di malattia o di infortunio o anche a seguito di furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio, la Centrale Operativa provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione **fino alla concorrenza di € 2.600 per Assicurato.**

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato o altra persona che agisca in sua vece deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Centrale Operativa, per la restituzione dell'anticipo.

Al rientro alla propria residenza l'Assicurato è tenuto a rimborsare alla Centrale Operativa la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.



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

RIENTRO SANITARIO

Qualora nel corso di un viaggio a seguito di malattia o infortunio vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua stessa residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

1. organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono 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;
 - altri mezzi adatti alla circostanza;
2. 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 malattie in atto al momento della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di malattie manifestatesi e/o di infortuni occorsi prima della partenza, 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 sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, perché convalescente a seguito di un ricovero, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, 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 di guardia 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.

RIENTRO ANTICIPATO PER DECESSO DI UN FAMILIARE O DI UN CONTITOLARE DELL'AZIENDA O STUDIO PROFESSIONALE

Qualora, nel corso di un viaggio dell'Assicurato, deceda un suo familiare (coniuge/convivente, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) od un contitolare della sua azienda o del suo studio professionale e sia indispensabile ed indifferibile la presenza dell'Assicurato sul posto di lavoro, la Centrale Operativa provvede a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dov'è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria residenza.

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della Centrale Operativa ed al massimo entro 30 giorni, il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe.

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

RIENTRO DEI PASSEGGERI TRASPORTATI

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio come conducente di un autoveicolo, sia ricoverato in una struttura sanitaria e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e qualora nessuno dei passeggeri a bordo sia in grado di sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa provvede a mettere a disposizione un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto a favore:

- a. degli stessi passeggeri per rientrare alla loro residenza;
- b. di una persona indicata dall'Assicurato o dai suoi familiari per recuperare l'autoveicolo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per Assicurato per trasferimenti sul territorio nazionale e di € 1.600 dall'estero. Sono escluse le spese di soggiorno e qualsiasi altra spesa.

RIENTRO FUNERARIO

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.

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.

C. GARANZIA ASSISTENZA SPECIALE IN CASA

Le garanzie sotto riportate operano gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo. Per ogni evento successivo le garanzie operano con un diritto di chiamata di € 10.

PRELIEVO DI CAMPIONI D'ANALIZZARE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni d'analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura od autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura od autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.



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

INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato richieda un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a erogare il servizio, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento.**

INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, ricoverato in una struttura sanitaria, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento.**

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato, ricoverato in una struttura sanitaria, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento.**

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 12.1 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. infortuni derivanti dalla pratica di:**
 - sport aerei in genere;**
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.**

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

GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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 richiesto dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'avvenimento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di 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. 13.2 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 od usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

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

ART. 13.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La Società ha il 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.



BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54151/FI



REALE GROUP

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

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



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.