

Protezione Famiglia

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI.

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

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

PROTEZIONE FAMIGLIA

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Contrattuali prima della sottoscrizione della polizza.

Ed. 10/2016.
Eventuali aggiornamenti successivi del presente fascicolo, non derivanti da innovazioni normative, potranno essere consultati sul sito internet della Società al seguente indirizzo: www.italiana.it.

ITALIANA ASSICURAZIONI

A - INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, appartenente al Gruppo Reale Mutua
b) Sede legale e direzione generale in Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano - Italia
c) Telefono 02 397161 - fax 02 3271270 – Sito Internet: www.italiana.it
E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it – Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it
d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923, n. 966, convertito nella Legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 all'albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

(dati relativi all'ultimo bilancio approvato)
Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 423 milioni di euro di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale, e 382 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 274%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La informiamo che su www.italiana.it è **disponibile un'Area Riservata** che le permetterà di consultare la Sua posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

Il contratto prevede il tacito rinnovo salvo diversa pattuizione.

AVVERTENZA:
Pur essendo stipulato con "tacito rinnovo" - che salvo diverso accordo è di anno in anno - **è possibile impedire il rinnovo del contratto mediante la disdetta.**
La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte della Società, **solo mediante comunicazione con lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza** del contratto.
La disdetta ha come effetto la risoluzione del rapporto contrattuale.
Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda all'Art. 1.4 delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "Protezione Famiglia" contiene le garanzie per far fronte agli infortuni che possono accadere al Contraente e ai suoi famigliari, che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del verificarsi del sinistro, nella vita di tutti i giorni.
Nella Proposta di Assicurazione sono indicate le garanzie acquistate e quindi operanti, nonché le relative somme assicurate.

AVVERTENZA: le somme assicurate indicate nella Proposta di Assicurazione rappresentano quanto assicurato per l'intero nucleo familiare, come risulta dal certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro. Per i dettagli sulla modalità **per ottenere la somma assicurata per persona, si rimanda all'Art. 4.1 delle Condizioni Contrattuali.**
Il Contraente potrà inoltre decidere se limitare la copertura ai soli rischi extraprofessionali oppure escludersi dalla garanzia.

Eventuali pattuizioni extracontrattuali non rientranti nello standard del prodotto, saranno oggetto di appositi allegati o appendici che entreranno a far parte del contratto medesimo.
Con riferimento alle definizioni contrattuali ed al glossario in calce alla presente Nota Informativa, dove viene disciplinato cosa si intende per infortunio, il prodotto si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue.

- **MORTE** – regolamentata all'Art. 3.3 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE** – regolamentata all'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali: se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida, a postumi stabilizzati, **una indennità calcolata applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie previste - alle componenti di capitale nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata** per Invalidità Permanente Totale.
  AVVERTENZA
  Per questa garanzia è prevista l'applicazione di una franchigia espressa in percentuale.
  Tale franchigia è relativa, ed al superamento del 20% non viene più applicata. **La disciplina è riportata al secondo comma dell'Art. 3.2 delle Condizioni Contrattuali.**
- **RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA** – regolamentata all'Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali: per la cura delle lesioni causate dall'infortunio la Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato.
  AVVERTENZA
  La garanzia prevede l'applicazione di un massimale, indicato nella Proposta di Assicurazione, nonché di specifici sottolimiti di indennizzo per alcune voci di spesa e di una franchigia per le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero.
  Il massimale è la somma massima liquidabile a titolo di risarcimento del danno.
  Queste limitazioni sono indicate nello stesso Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali.

AVVERTENZA
Sono presenti nelle Condizioni Contrattuali delle limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa, oltre a quelle indicate nelle specifiche garanzie di cui sopra, che danno luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.
Il dettaglio di tali circostanze è contenuto nei seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali:
- **2.2** Delimitazione dell'assicurazione;
- **5.1** Persone non assicurabili;
- **5.2** Infortuni non indennizzabili;
- **6.1** Limiti di indennizzo;
- **6.3** Criteri di indennizzabilità.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E DEL LIMITE DI RISARCIMENTO O MASSIMALE
Per calcolare l'indennizzo dovuto dalla Società in caso di sinistro occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali la Società interviene.

Esempi di applicazione franchigia per la garanzia Invalidità Permanente

	A	B	C
Somma assicurata per Invalidità Permanente	100.000	100.000	100.000
Franchigia	5%	5%	5%
Percentuale di Invalidità accertata	2%	12%	25%

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO, l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia.
Esempio B: il danno indennizzato sarà di 7.000 (ottenuto con il seguente conteggio **12% - 5% = 7%** da applicarsi sulla somma assicurata 100.000).
Esempio C: il danno indennizzato sarà di 25.000 (ottenuto applicando **25%** sulla somma assicurata 100.000; **la franchigia del 5% infatti non si applica se l'invalidità permanente accertata è superiore al 20%).**
NB: in caso nel medesimo infortunio vengano interessati più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle relative percentuali ma fino al limite massimo del 100%.

Esempi di applicazione franchigia e limite di indennizzo per la garanzia Rimborso Spese di Cura

	A	B	C
Entità del danno	500	1.500	2.000
Massimale	1.500	1.500	1.500
Limite di indennizzo	250	/	/
Franchigia	0	100	0

Esempio A: il danno indennizzato sarà di 250 (essendo il limite di indennizzo inferiore all'entità del danno ed al massimale della garanzia e non essendo prevista alcuna franchigia).
Esempio B: il danno indennizzato sarà di 1.400 (all'entità del danno viene detratta la sola franchigia, non essendo previsti limiti di indennizzo).
Esempio C: il danno indennizzato sarà di 1.500 (essendo il massimale inferiore all'entità del danno e non essendo previsti limiti di indennizzo o franchigie).

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

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

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

La professione dell'Assicurato non costituisce elemento di valutazione del rischio e non viene richiesta alla stipula alcuna dichiarazione in ordine alla attività lavorativa svolta. Pertanto **non sussiste obbligo alcuno di comunicazione alla Società di variazioni nell'attività lavorativa/professione svolta,** non costituendo tale circostanza fattore di aggravamento o diminuzione del rischio assicurato.

6. PREMI

Il periodo indica la durata del contratto in rapporto al premio (appunto, periodico), il frazionamento riguarda solo il pagamento del premio che, pur se frazionato, resta unico.
Esiste la possibilità di frazionare il premio annuo imponibile in rate non inferiori a sei mesi.
L'eventuale frazionamento del premio è quello indicato nella Proposta di Assicurazione nell'apposito campo "rateazione".
Si ricordano i mezzi di pagamento ammessi:
- denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore;
- assegni bancari e circolari;
- bonifici bancari;
- bollettini postali;
- carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

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

8. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA

Dopo il terzo sinistro è prevista la **facoltà** per il Contraente e per la Società **di recedere dalla garanzia.**
I termini e le modalità per esercitare tale facoltà **sono contenuti nell'Art. 1.2 delle Condizioni Contrattuali.**
Qualora la durata del contratto sia superiore a cinque anni il Contraente ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno 60 giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà (Art. 1899 del Codice Civile), salvo differente pattuizione tra le parti che preveda la possibilità di recedere comunque fin dal primo anno.

9. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

10. LEGGE APPLICABILE

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

11. REGIME FISCALE

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA

La data di insorgenza del sinistro è la data di accadimento dell'infortunio.
Le Condizioni Contrattuali prevedono che in caso di sinistro il Contraente deve provvedere alla denuncia dei fatti alla Società, nel più breve tempo possibile, precisando le circostanze dell'evento, unitamente ad un certificato anagrafico aggiornato di stato di famiglia. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni Contrattuali.
Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite mediche o qualsiasi indagine ed accertamento che la Società ritenga necessari per l'iter di valutazione del danno. I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti all'Art. 6.2.

13. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Benvenuti in Italiana" - Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutinitaliana@italiana.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.Ivass.it.

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it.

Le segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra i quali:

Commissione di Garanzia
Nella continua attenzione verso i propri Clienti, Italiana Assicurazioni mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino.
La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it.

Mediazione per la conciliazione delle controversie
In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.
Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.
La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.
Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

14. ARBITRATO

AVVERTENZA
Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di **ricorrere all'arbitrato**, in tal caso il Collegio Medico, per lo svolgimento dell'arbitrato stesso, risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In alternativa sarà sempre possibile rivolgersi **all'Autorità Giudiziaria**.
La norma è contenuta nell'Art. 6.4 delle Condizioni Contrattuali.

GLOSSARIO

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

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54229).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche (day surgery) o terapie mediche (day hospital) eseguite da medici specialisti.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA
La parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una inabilità temporanea, un'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.
Sono considerati infortuni anche:
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 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.

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

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.**

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54228).

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

SINISTRO
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

TRATTAMENTI SANITARI
Insieme di medicamenti e rimedi per il trattamento delle conseguenze di un infortunio: accertamenti diagnostici, cure mediche, materiale di intervento, endoprotesi, trattamenti riabilitativi; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici.

Italiana Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
Andrea Bertalot



PROTEZIONE FAMIGLIA

CONDIZIONI CONTRATTUALI

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretIl Contratto è costituito e disciplinato dal presente modello INF54230, dal Certificato di Assicurazione modello INF54229 e dalla Proposta di Assicurazione riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.
Con la firma della Proposta modello INF54228 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente modello INF54230.

Aggiornata al 01/06/2014.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nella Proposta di Assicurazione.

ITALIANA ASSICURAZIONI

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

DEFINIZIONI Pag. 3

CONDIZIONI GENERALI Pag. 5

SEZIONE INFORTUNI Pag. 6
- Chi e Quando assicuriamo Pag. 6
- Cosa assicuriamo Pag. 6
- Come si determina la somma assicurata Pag. 7
- Chi e cosa non assicuriamo Pag. 8
- Come avviene la liquidazione dell'indennizzo Pag. 8
- Limitazioni che può scegliere il Contraente Pag. 11

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

DEFINIZIONI

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54229).

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche (day surgery) o terapie mediche (day hospital) eseguite da medici specialisti.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA
La parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una inabilità temporanea, un'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.
Sono considerati infortuni anche:
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 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.

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

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.**

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

PROPOSTA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54228).

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

SINISTRO
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

TRATTAMENTI SANITARI
Insieme di medicamenti e rimedi per il trattamento delle conseguenze di un infortunio: accertamenti diagnostici, cure mediche, materiale di intervento, endoprotesi, trattamenti riabilitativi; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici.

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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Proposta modello INF54228 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

ART. 1.2 - RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo il terzo 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 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. 1.3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.4 - TACITA PROROGA DEL CONTRATTO

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

ART. 1.5 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.6 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

SEZIONE INFORTUNI

CHI E QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 - PERSONE ASSICURATE

La Società assicura contro gli infortuni il Contraente e i suoi familiari che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro.
Il Contraente ha la facoltà di assicurare solo i suoi familiari. La scelta deve risultare nella Proposta di Assicurazione.

ART. 2.2 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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) a causa di 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) a causa di 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 14 giorni dall'inizio delle ostilità.**

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 - RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

Per la cura delle lesioni determinate da infortunio la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata:

- in caso di ricovero, le spese sostenute per trattamenti sanitari, per i diritti di sala operatoria e per le rette di degenza. Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento, **fino alla concorrenza del massimale assicurato;**
- dopo il ricovero o in assenza di ricovero, le spese sostenute:
  a) per trattamenti sanitari, con esclusione dei trattamenti riabilitativi che si intendono in garanzia esclusivamente a seguito di un ricovero che preveda almeno tre pernottamenti;
  b) per il noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Il rimborso per le voci di cui ai punti a) e b) viene riconosciuto con **l'applicazione di una franchigia di € 50 per sinistro.**
Qualora le spese 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;

- le spese sostenute in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica **fino a € 2.500 purché l'intervento stesso avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio provato da documentazione medica di Pronto Soccorso Ospedaliero.**

ART. 3.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società liquida l'indennizzo per invalidità permanente se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.
Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'Art. 6.5 Liquidazione e pagamento.

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

Se l'invalidità permanente accertata è di grado:
- **non superiore al 5% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo;**
- **superiore al 5% della totale, l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la franchigia di cui sopra;**
- superiore al 20% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza franchigia, applicando quindi la percentuale di invalidità permanente alla somma assicurata.

ART. 3.3 - MORTE

Se l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari.
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 fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di 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.
Se risulta che l'Assicurato è 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 del contratto per altri casi eventualmente assicurati.

COME SI DETERMINA LA SOMMA ASSICURATA

ART. 4.1 - SOMMA ASSICURATA

Qualora la scelta indicata sulla Proposta modello INF54228 preveda la prestazione della garanzia in forma **professionale ed extraprofessionale, ovvero 24 ore su 24,** i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte	€ 26.000
Invalidità Permanente	€ 52.000
Rimborso delle Spese di Cura	€ 5.200

Qualora la scelta indicata sulla Proposta modello INF54228 prevede la prestazione della garanzia **limitata ai soli infortuni extraprofessionali, così come disciplinato all'Art. 7.1,** i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte	€ 36.000
Invalidità Permanente	€ 72.000
Rimborso delle Spese di Cura	€ 5.200

Gli importi sopra indicati, esposti anche nella Proposta modello INF54228, relativi alle garanzie Morte ed Invalidità Permanente rappresentano i capitali assicurati per l'intero nucleo familiare, come risulta dal certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro.
Al fine di ottenere la somma assicurata per persona **i capitali assicurati vengono suddivisi in parti uguali tra tutti gli Assicurati.**
Il capitale assicurato per la garanzia di Rimborso delle Spese di Cura è a disposizione del nucleo familiare per ogni anno assicurativo.
Le persone non assicurabili (vedi Art. 5.1) non concorrono nella suddivisione del capitale assicurato, anche se inserite nello stato di famiglia.

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

CHI E COSA NON ASSICURIAMO

ART. 5.1 - PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

ART. 5.2 - INFORTUNI NON INDENNIZZABILI

La Società non indennizza gli infortuni derivanti:

- **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;**
- **dalla pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
- **dalla partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore;**
- **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.**

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.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 6.1 - LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo è ridotto del 50% qualora l'infortunio si verifichi:

6.1.1 durante lo svolgimento dell'attività professionale, nelle seguenti circostanze:

- **custodia o trasporto di esplosivi o materie tossiche;**
- **lavoro su impalcature, ponti, tetti; in pozzi e gallerie;**
- **pratica di sports;**

6.1.2 durante la pratica, a titolo dilettantistico, di:
alpinismo o sci-alpinismo senza accompagnamento di guida o portatore patentato, atletica pesante, equitazione, guido-slitta (bob), immersioni con autorespiratore, lotta nelle varie forme, pugilato, salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentato, slittino (skeleton), speleologia;

6.1.3 durante la partecipazione, a titolo dilettantistico, a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di:
baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentatlhon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sport su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.

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

ART. 6.2 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché la comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni stipulate per lo stesso rischio; **essa deve essere corredata dal certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato **nonché da un certificato anagrafico aggiornato di stato di famiglia e deve essere trasmessa**, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla sede della Società nel più breve tempo possibile. Successivamente **l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.**

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 la visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 6.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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. 6.4 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla pertinenza delle spese di cura si potrà procedere, mediante accordo tra l'Assicurato e la Società, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I primi due componenti di tale Collegio saranno designati dall'Assicurato e dalla Società e il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

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

ART. 6.5 - LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

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.

	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	6%
▪ un anulare	8%	6%
▪ un mignolo	12%	10%
▪ una falange ungueale del pollice	9%	8%
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
▪ della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
▪ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
▪ al di sopra della metà della coscia	70%	
▪ al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
▪ al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
▪ un piede	40%	
▪ ambedue i piedi	100%	
▪ un alluce	5%	
▪ un altro dito del piede	1%	
▪ la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole	35%	
▪ del ginocchio in estensione	25%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura di una costa con callo deforme	1%	
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di:		
▪ una vertebra cervicale	12%	
▪ una vertebra dorsale	5%	
▪ 12a dorsale	10%	
▪ una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo-cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro con callo deforme	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un occhio	25%	
▪ ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
▪ un orecchio	10%	
▪ ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
▪ monolaterale	4%	
▪ bilaterale	10%	
Perdita anatomica:		
▪ di un rene	15%	
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
Afonia (perdita totale della voce; (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	30%	

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

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille e del bicipite brachiale la Società, in deroga ai criteri di indennizzabilità, riconosce un grado di invalidità permanente pari al 2%, senza applicazione della prevista franchigia.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici 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.
La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

ART. 6.6 - 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, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cura di cui all'Art. 3.1.

LIMITAZIONI CHE PUÒ SCEGLIERE IL CONTRAENTE

Le scelte devono risultare nella Proposta di Assicurazione modello INF54228.

ART. 7.1 - "CHI E QUANDO ASSICURIAMO" (LIMITATO AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI)

Il Contraente sceglie di limitare la garanzia prevista all'Art. 2.1 del capitolo "CHI E QUANDO ASSICURIAMO" **ai soli infortuni di carattere extraprofessionale, nei termini di seguito riportati.**
La Società assicura il Contraente e i suoi famigliari che risultano iscritti nel medesimo certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro, **esclusivamente contro gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.**
Il Contraente si impegna, a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se espressamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente per se o per i propri famigliari.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

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

Mod. INF54230/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

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