

Protezione 9

FASCICOLO INFORMATIVO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEL NUCLEO FAMIGLIARE.

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.

Mod. INF54051/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI
PARLACI DI TE.

PROTEZIONE 9

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54051 – Ed. 10/2015

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54051/FI e dalla scheda di polizza modello INF54050 riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.
Con la firma della scheda di polizza modello INF54050 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54051/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle Sezioni:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nella scheda di polizza modello INF54050.

ITALIANA ASSICURAZIONI

DEFINIZIONI Pag. 4

CONDIZIONI GENERALI Pag. 6

SEZIONE INFORTUNI

Chi e quando assicuriamo Pag. 7
Cosa assicuriamo Pag. 7
Come si determina la somma assicurata Pag. 9
Chi e cosa non assicuriamo Pag. 9
Come avviene la liquidazione dell'indennizzo Pag. 10
Limitazioni che può scegliere il Contraente e che determinato una riduzione del premio Pag. 13

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

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

ASSICURATO
La persona protetta dall'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.

CONSORTE
Il coniuge, anche se di fatto.

CONTRAENTE
La persona che stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL
Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA
La parte del danno 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, 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, a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital 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.

SCHEDA DI POLIZZA
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 delle Parti (Mod. INF54050).

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

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

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

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

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 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. 1.2 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.

ART. 1.3 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Qualora venga indicato "SI" nella casella "Indicizzazione" della scheda di polizza è operante la seguente norma:
Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche, rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.
Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

1) al termine "INDICE": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
2) al termine "INDICE BASE": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
3) al termine "NUOVO INDICE": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;

si conviene che i valori, i limiti delle prestazioni espressi in euro ed il premio di polizza saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "NUOVO INDICE" e "INDICE BASE", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".
Viene fatta salva la facoltà da parte di Italiana Assicurazioni, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale delle prestazioni e del premio.
In tal caso Italiana Assicurazioni comunica la variazione al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 1.4 BONUS

Se la polizza è indicizzata ed allo scadere del quarto anno assicurativo non sono stati denunciati sinistri la Società concede uno sconto del 50% sul premio relativo alla sola annualità successiva; analogamente si procede allo scadere del nono anno assicurativo se non sono stati denunciati sinistri.
La presente condizione non opera se i premi di polizza relativi agli anni precedenti non sono stati pagati.

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.

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 scheda di polizza.

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.**
- Per ogni giorno di contemporaneo ricovero del Contraente e del consorte, se entrambi assicurati, dovuto ad un medesimo evento, la Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 52 per Assicurato, **fino a 90 giorni**.
- Qualora l'Assicurato-studente **di età non superiore ai 25 anni**, in conseguenza di infortunio, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, la Società corrisponde un indennizzo di euro 1.100 per favorire il recupero della preparazione scolastica.
- In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo di euro 10.400.

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

Per la cura delle lesioni determinate da infortunio la Società rimborsa, fino alla concorrenza del capitale assicurato:

- 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 euro 104 per ogni pernottamento, **fino a 90 pernottamenti per sinistro**;
- dopo il ricovero o in assenza di ricovero, le spese sostenute per trattamenti sanitari e per il noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche, **con l'applicazione di una franchigia di euro 50 per sinistro. Per Assicurati fino a 14 anni di età la Società rimborsa le spese relative a cure e protesi dentarie fino a euro 520**. 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 euro 2.600 purché l'intervento stesso avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio provato da documentazione medica**.

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

ART. 3.2 DIARIA PER RICOVERO

In caso di ricovero la Società corrisponde la diaria assicurata per ogni pernottamento, fino a 365 pernottamenti per infortunio.

ART. 3.3 DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO

Qualora l'infortunio comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la Società corrisponde la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'applicazione del gesso certificata da documentazione medica, **fino a 90 giorni per infortunio**.

ART. 3.4 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 nell'Art. 6.5 Liquidazione e pagamento.
Se l'invalidità permanente accertata è di grado:

- **non superiore al 3% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo;**
- **superiore al 3% della totale, l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la franchigia di cui sopra;**
- superiore al 15% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza franchigia, applicando quindi la percentuale di invalidità permanente alla somma assicurata.

La Società riconosce 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.

ART. 3.5 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.
Qualora nel medesimo sinistro si verifichi la **commorienza del Contraente e del consorte (purché almeno uno sia assicurato)** l'indennizzo spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 74% **viene aumentato del 50% fino ad un indennizzo globale di euro 260.000. 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 di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

ART. 3.6 RENDITA VITALIZIA

Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60% della totale, la Società, mediante una propria polizza Vita della "Serie Speciale", assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale di euro 10.400 lordi annui.
L'effetto della polizza Vita è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale è stato accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

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

COME SI DETERMINA LA SOMMA ASSICURATA

ART. 4.1 SOMMA ASSICURATA PER PERSONA

L'importo indicato nella scheda di polizza alle voci "Capitale assicurato" rappresenta quanto assicurato 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 sono così ripartiti:

- Diaria per ricovero, Diaria per applicazione di apparecchio gessato, Invalidità permanente, Rendita vitalizia: in parti uguali tra tutti gli Assicurati. Per la Rendita vitalizia, se gli Assicurati hanno età inferiore a 14 anni, vale quanto riportato nell'Art. 3.6;
- Morte: 40% al Contraente, 40% al consorte, 20% in parti uguali tra gli altri Assicurati. Nel caso in cui o il Contraente o il consorte non fossero assicurati oppure non vi fossero altri Assicurati, la relativa somma assicurata è suddivisa in parti uguali tra gli Assicurati.

Il capitale assicurato per il 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. In caso di sinistro i capitali assicurati verranno ripartiti su quattro persone al massimo anche se il nucleo familiare risulterà composto da più persone, ottenendo così, per ogni Assicurato, una somma assicurata maggiore di quanto risulterebbe da una suddivisione puramente matematica. È confermata la ripartizione prevista per il Contraente e il consorte in caso di morte. **L'indennizzo complessivo non potrà comunque superare il capitale assicurato.**

CHI E COSA NON ASSICURIAMO

ART. 5.1 PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. 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 sport 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.

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

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 sport;**

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.

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; in caso di ricovero deve essere corredata da copia della cartella clinica completa. La denuncia 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 esser 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.

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

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 d'accordo dai primi due 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 diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore - per cause indipendenti dalle lesioni subite - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari l'importo già concordato, offerto ovvero - se oggettivamente determinabile - offribile all'Assicurato, in base alle condizioni di polizza.
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:

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

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

	Destro	Sinistro
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		10%
▪ della tibio-tarsica 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%

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 3%, 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.

LIMITAZIONI CHE PUÒ SCEGLIERE IL CONTRAENTE E CHE DETERMINANO UNA RIDUZIONE DEL PREMIO

Le scelte devono risultare nella scheda di polizza

ART. 7.1 INFORTUNI SUBITI A CAUSA DI CIRCOLAZIONE

Il Contraente può limitare la garanzia prevista all'Art. 2.1 del capitolo "CHI E QUANDO ASSICURIAMO" **agli infortuni subiti a causa di circolazione**, nei termini di seguito riportati.
La Società assicura il Contraente e i suoi familiari che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro, **esclusivamente contro gli infortuni subiti a causa di circolazione, in qualità di:**

- **conducenti, non a titolo professionale, di autovetture ad uso privato, autoveicoli** di peso a pieno carico fino a 35 quintali, **motoveicoli** (motocarri e motocicli), **ciclomotori**. La garanzia opera per gli infortuni verificatisi durante e in conseguenza della circolazione nonché per gli infortuni occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo, rese necessarie per riprendere la marcia;
- **conducenti di natanti** da diporto a motore, in conseguenza di incidenti di navigazione occorsi al natante medesimo;
- **trasportati su autovetture e motoveicoli privati** (motocarri e motocicli) abilitati al trasporto di persone, durante la circolazione e in conseguenza della circolazione;
- **trasportati su mezzi pubblici di locomozione (aeromobili compresi), funivie, seggiovie, natanti da diporto**, in conseguenza di incidente di circolazione o di navigazione occorso al mezzo;
- **ciclisti**, in conseguenza di urto o collisione con altro veicolo;
- **pedoni**, in conseguenza di investimento da parte di veicoli.

Le restanti condizioni di polizza si intendono richiamate e confermate.

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

ART. 7.2 COMBINAZIONI DI GARANZIE

Il Contraente può limitare le prestazioni riportate al capitolo **"COSA ASSICURIAMO" scegliendo di beneficiare di una sola tra le seguenti combinazioni:**

Combinazioni	3.1 Rimborso Spese di Cura	3.2 Diaria per ricovero	3.3 Diaria applicazione app. gessato	3.4 Invalidità Permanente	3.5 Morte	3.6 Rendita vitalizia
7.2.1	●	●	●	●	●	⊙
7.2.2	●	❍	●	●	●	⊙
7.2.3	●	●	●	❍	❍	⊙
7.2.4	●	❍	❍	●	●	⊙
7.2.5	❍	●	●	●	●	⊙
7.2.6	❍	●	●	❍	❍	⊙
7.2.7	❍	●	❍	●	●	⊙

Garanzia prevista ●
Garanzia non prevista ❍
Garanzia opzionale ⊙

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI

PARLACI DI TE.

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.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC
www.fsc.org

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.