

Famiglia Italiana

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PERDITA DELL'INTEGRITÀ FISICA A SEGUITO DI MALATTIA.

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

FAMIGLIA ITALIANA

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 di assicurazione 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

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 dell'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 a 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 RELATIVE AL 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.

La durata massima della polizza è stabilita in 5 anni e **non è previsto il tacito rinnovo**.
Il contratto cessa senza obbligo di disdetta tra le parti alla sua naturale scadenza, come indicato all'Art. 1.3 delle Condizioni Contrattuali.
In caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto**.**
La disdetta ha come effetto la risoluzione del rapporto contrattuale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto "Famiglia Italiana" contiene la garanzia assicurativa per far fronte a malattie con conseguenze invalidanti, che possono compromettere la salute e l'integrità fisica del Contraente e dei suoi famigliari, che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del verificarsi del sinistro.
Il capitale assicurato (riferito ad ogni persona) si deduce dividendo il premio annuo di polizza per il numero dei componenti il nucleo famigliare e moltiplicando il risultato per un coefficiente che dipende dall'età dell'Assicurato. Gli aspetti di dettaglio per tale calcolo sono riportati all'Art. 2.2 delle Condizioni Contrattuali.
Eventuali pattuizioni extracontrattuali non rientranti nello standard del prodotto, saranno oggetto di appositi allegati o appendici che entreranno a far parte del contratto medesimo.
La garanzia prevista dalla polizza è la seguente:
INVALIDITÀ PERMANENTE - regolamentata dagli Artt. 2.1 e 2.3 delle Condizioni Contrattuali: se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida, a postumi stabilizzati, un indennizzo in percentuale sul capitale assicurato (determinato come da Art. 2.2).
La percentuale indennizzabile è determinata in funzione del grado di invalidità accertato e con i criteri indicati nelle tabelle riportate ai punti 1) e 2) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali.

L'accertamento del grado di invalidità viene invece effettuato con i criteri indicati nell'Appendice n° 1 – Tabelle di Valutazione del Grado di Invalidità Permanente (Tabelle INAIL).

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

Il dettaglio di tali circostanze è contenuto nei seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali:
- **2.1** Rischio assicurato;
- **2.2** Somma assicurata;
- **2.3** Valutazione del grado di invalidità permanente;
- **2.4** Limiti di età – Persone non assicurabili;
- **2.5** Esclusioni.

AVVERTENZA
La garanzia prevede l'applicazione di una franchigia fissa:
- **del 34% per assicurati che al momento della decorrenza contrattuale risultino di età compresa tra 0 e 42 anni compiuti;**
- **del 49% per assicurati che al momento della decorrenza contrattuale risultino di età compresa tra 43 e 70 anni compiuti;**

così come riportato ai punti 1) e 2) dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali.

AVVERTENZA
È prevista all'Art. 2.4 l'improrogabilità della garanzia per gli Assicurati che compiono i 70 anni, fermo restando che, per le persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA
Per calcolare l'indennizzo dovuto dalla Società in caso di sinistro occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie previste per la garanzia coinvolta.

Esempi di calcolo dell'indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

	A	B	C
Percentuale di Invalidità Permanente accertata	10%	37%	75%
Franchigia (per un Assicurato 40 enne)	34%	34%	34%
Somma Assicurata per Invalidità Permanente	100.000	100.000	100.000

Esempio A: **NESSUN INDENNIZZO**, (l'invalidità permanente accertata è inferiore alla franchigia).
Esempio B: indennizzo di 11.000 (in quanto nella tabella di cui al punto 1 dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali al 37% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari all'11% del capitale assicurato, nell'esempio pari a 100.000).
Esempio C: indennizzo di 100.000 (in quanto nella tabella di cui al punto 1 dell'Art. 2.6 delle Condizioni Contrattuali al 75% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato, nell'esempio pari a 100.000).

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

AVVERTENZA
Non sono presenti carenze nelle Condizioni Contrattuali.

5. 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.**

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Premesso che nell'ambito del Ramo Malattia non è da considerarsi aggravamento di rischio un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, **se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente**, ne il progredire dell'età, **la professione dell'Assicurato non costituisce elemento di valutazione del rischio**. Pertanto **non sussiste obbligo alcuno di comunicazione all'impresa di variazioni nell'attività lavorativa/professione svolta**, non costituendo tale circostanza fattore di aggravamento o diminuzione del rischio assicurato.

7. 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 totale annuo in rate non inferiori a tre mesi sempreché il premio di rata che ne risulta non sia inferiore a € 50,00.

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).

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il contratto non prevede la possibilità di adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA

Il contratto non prevede la possibilità di disdetta tra le parti in caso di sinistro.

10. 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).

11. 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.

12. REGIME FISCALE

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA

La data di insorgenza del sinistro corrisponde alla data in cui viene denunciata la malattia potenzialmente invalidante, nei termini previsti dall'Art. 3.1 delle Condizioni Contrattuali.

Le Condizioni Contrattuali prevedono che in caso di sinistro l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, vi sia motivo di ritenerla invalidante, producendo tutta la documentazione medica inerente.

Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato **e che le spese relative a tali certificazioni mediche saranno a carico dell'Assicurato**.

Il grado di invalidità permanente viene valutato dalla Società in un periodo compreso **tra 6 e 18 mesi** dalla data di denuncia.

Per gli aspetti di dettaglio circa gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, si rimanda agli Artt. delle Condizioni Contrattuali:

- **2.3** Valutazione del grado di invalidità permanente;
- **3.1** Denuncia;
- **3.2** Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Documentazione medica.

14. 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.lvass.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.

15. 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. 3.5 delle Condizioni Contrattuali.

GLOSSARIO

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

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

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

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

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA
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 esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili e accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

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

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

NUCLEO FAMIGLIARE
Tutte le persone appartenenti allo stesso nucleo famigliare come risultante da certificato anagrafico - stato di famiglia.

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

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i premi e la sottoscrizione del Contraente.

RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

SOCIETA'
ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.

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

Il rappresentante legale
Andrea Bertalot



FAMIGLIA ITALIANA

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54221 - Ed. 06/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54221, dal Certificato di Assicurazione INF54220 e dalla Proposta di Assicurazione modello INF54222 che insieme formano il contratto di assicurazione. Con la firma della Proposta di Assicurazione modello INF54222 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente libretto modello INF54221.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

- **Invalidità Permanente da Malattia.**

ITALIANA ASSICURAZIONI

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

DEFINIZIONI	Pag.	3
CONDIZIONI GENERALI	"	4
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	"	5
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	"	8
TABELLE INAIL	"	9

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

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

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

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

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

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA
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 esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili e accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

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

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

NUCLEO FAMIGLIARE
Tutte le persone appartenenti allo stesso nucleo famigliare come risultante da certificato anagrafico - stato di famiglia.

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

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i premi e la sottoscrizione del Contraente.

RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.

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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese dal Contraente nella Proposta di Assicurazione Mod. INF54222, che costituisce parte integrante del contratto.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze 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, come previsto dagli Artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

ART. 1.2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni.
In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 Codice Civile.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, come previsto dall'Art. 1901 Codice Civile.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.
L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale stabilita senza necessità di disdetta.

ART. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.5 ONERI FISCALI

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

ART. 1.6 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dalle Condizioni che regolano la denuncia, la liquidazione dei sinistri e le Controversie – il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 1.7 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 1.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 2.1 RISCHIO ASSICURATO

In caso di invalidità permanente che:

- colpisca il Contraente o un appartenente al suo nucleo famigliare;
- sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- si verifichi non oltre un anno dalla scadenza del contratto;

la Società assicura il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata come individuato nell' art. 2.2 e secondo i criteri stabiliti dall' art. 2.3 e le tabelle riportate all' art. 2.6.
La garanzia non è operante per il Contraente qualora questi abbia scelto di escludersi dalla copertura, come indicato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione.

ART. 2.2 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata viene calcolata al momento del sinistro con le seguenti modalità:

1) il premio annuo totale di polizza **è diviso per il numero dei componenti il nucleo famigliare** dedotto dal certificato anagrafico - stato di famiglia **al momento del sinistro;**
2) **il risultato** così come ottenuto al precedente punto 1) **è moltiplicato per il coefficiente** relativo alla fascia di età calcolata al momento della decorrenza contrattuale, **come da tabella sotto indicata.**

Età dell'Assicurato al momento della decorrenza contrattuale	Coefficiente moltiplicativo
Da 0 a 20 anni compiuti	**1.500**
Da 21 a 30 anni compiuti	**1.000**
Da 31 a 42 anni compiuti	**700**
Da 43 a 52 anni compiuti	**500**
Da 53 a 70 anni compiuti	**300**

La somma così calcolata non potrà comunque essere superiore a € 250.000 per ogni singolo Assicurato.
Le persone non assicurabili così come individuate all' art. 2.4 **non concorrono** alla suddivisione del capitale assicurato, anche se inserite nello stato di famiglia.

ART. 2.3 VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società valuta il grado di invalidità permanente derivante direttamente ed esclusivamente dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'assicurazione nonché a mutilazioni o difetti fisici.
Il grado di invalidità permanente viene valutato in un periodo compreso fra i 6 mesi e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e della certificazione medica attestabile il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata e applicando la tabella riportata nell'Appendice 1 (allegato 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/6/65 Tabelle INAIL).
Nei casi di invalidità permanente non previsti dalla suddetta tabella la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

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

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia denunciata e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

ART. 2.4 LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età inferiore a 70 anni, tuttavia le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.
Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate. Non sono assicurabili persone alle quali la Società abbia corrisposto un indennizzo pari al 100% della somma assicurata, sia con la presente polizza sia con altre, anche precedenti. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società. L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga.

ART. 2.5 ESCLUSIONI

La Società rinuncia, al momento della stipulazione della polizza, a richiedere all'Assicurato dichiarazioni relative al suo stato di salute, comunque la garanzia non vale per le invalidità permanenti:
- **preesistenti alla stipulazione del contratto;**
- **determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione;**
- **determinate da malattie conseguenti a malformazioni congenite e/o difetti fisici congeniti.**

L'assicurazione non comprende inoltre le invalidità permanenti conseguenti a:
1) **abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
2) **patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;**
3) **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
4) **sieropositività da virus H.I.V.;**
5) **malattie professionali elencate del D.P.R. 13.04.1994 n. 336;**
6) **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale;**
7) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
8) **guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.**

ART. 2.6 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

1) **Per assicurati che al momento della decorrenza contrattuale risultino di età compresa tra 0 e 42 anni compiuti,** fermo restando quanto previsto dagli Artt. 2.1 e 2.3, si conviene che:
   a) **se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 35% della totale (franchigia del 34%) nessun indennizzo spetta all'Assicurato;**
   b) **i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 35% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella**, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

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

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
35	5	39	17
36	8	40	20
37	11	41	23
38	14	42	26
43	29	63	65
44	32	64	70
45	35	65	75
46	38	66	80
47	41	67	85
48	44	68	90
49	47	69	95
Dal 50 al 62	Dal 50 al 62	70 e oltre	100

2) **Per assicurati che al momento della decorrenza contrattuale risultino di età compresa tra 43 e 70 anni compiuti**, fermo restando quanto previsto dagli Artt. 2.1 e 2.3, si conviene che:
   a) **se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 50% della totale (franchigia del 49%) nessun indennizzo spetta all'Assicurato;**
   b) **i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella**, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
50	5	66	53
51	8	67	55
52	11	68	58
53	14	69	61
54	17	70	64
55	20	71	67
56	23	72	70
57	26	73	73
58	29	74	77
59	32	75	80
60	35	76	84
61	38	77	88
62	41	78	92
63	44	79	96
64	47	80 e oltre	100
65	50		

3) **Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida agli eredi il relativo importo.**

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 3.1 DENUNCIA

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare la malattia all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società, entro 30 giorni da **quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare una invalidità permanente**, di qualsiasi grado, anche se non maggiore della franchigia.
Con la denuncia deve essere fornita la certificazione medica sulla natura delle infermità.

ART. 3.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO - DOCUMENTAZIONE MEDICA

L'Assicurato deve:

- **inviare periodicamente** alla Società **informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato;
- **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati;
- **fornire** alla Società **certificato di guarigione clinica** od equivalente dichiarazione;
- **presentare**, trascorsi 180 giorni **ma non oltre 18 mesi dalla data della denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente** direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata**. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

ART. 3.3 DATA DEL SINISTRO

Data del sinistro è il giorno in cui è stata denunciata la malattia secondo quanto previsto dall'Art. 3.1.

ART. 3.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società, ricevuta la documentazione indicata agli Art. 3.1 e 3.2 e compiuti gli accertamenti del caso come all'Art. 2.3, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in euro.

ART. 3.5 CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.
I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3.6 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

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

APPENDICE 1

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

Descrizione	Percentuali		
	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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
   - con visus corretto di 7/10 18%
   - con visus corretto di 6/10 21%
   - con visus corretto di 5/10 24%
   - con visus corretto di 4/10 28%
   - con visus corretto di 3/10 32%
   - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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

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%	

In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzabile con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale, la perdita parziale della voce non da diritto ad alcun indennizzo.

Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

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

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. INF54221/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.