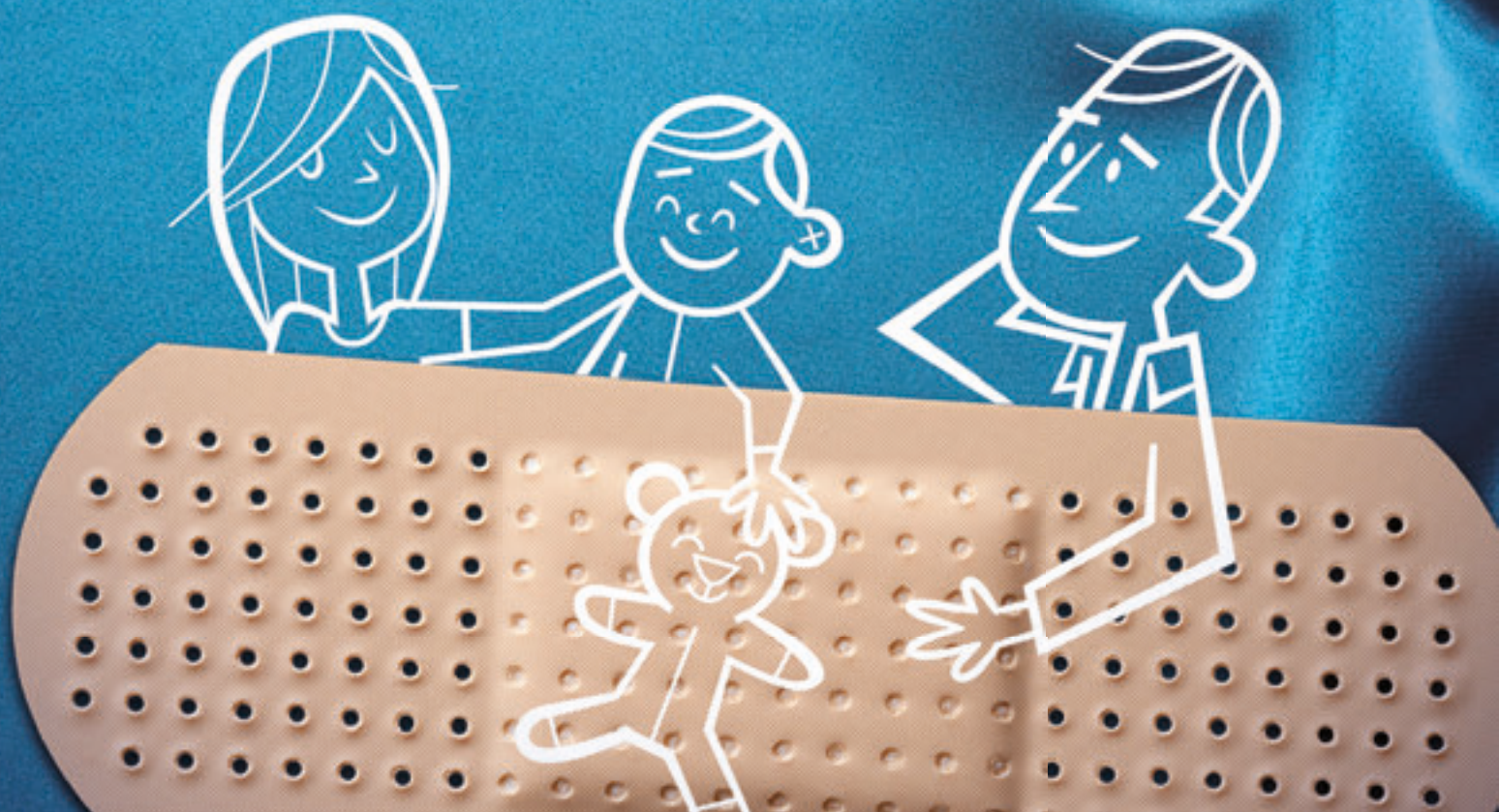




Realmente Protetti

ASSICURAZIONE INFORTUNI

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE REALMENTE PROTETTI

Mod. 5265 INF
Ed. 01/2019

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA STRADALE, PER L'ABITAZIONE E LA SALUTE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 092 092
SERVIZI CLIENTI - BUONGIORNO REALE - lun – sab 8-20	800 320 320

AREA RISERVATA



All'indirizzo www.realemutua.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze. È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Reale Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Realmente Protetti prevede garanzie assicurative per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e/o l'integrità fisica della persona, a seguito di un infortunio o di una malattia.

Per prima cosa, occorre quindi capire bene la differenza tra infortunio e malattia: nel primo caso si tratta di un evento traumatico e repentino, dovuto a causa fortuita ed esterna, che produce lesioni corporali; nel secondo caso, invece, si tratta di uno stato di alterazione della salute non dipendente da infortunio.

È possibile personalizzare la propria copertura, scegliendo tra garanzie che operano solo in caso di Infortunio, solo in caso di Malattia oppure in entrambi i casi. A tali garanzie è possibile abbinare le prestazioni della Sezione Tutela Legale e della Sezione Assistenza.

Se scegli di tutelarti in caso di Invalidità Permanente, da Infortunio o da Malattia, riceverai una somma di denaro proporzionale al grado di invalidità riscontrata. Sono disponibili diversi livelli di franchigia tra cui scegliere: sta a te decidere oltre quale grado di invalidità ricevere l'indennizzo.

Hai figli o familiari a carico? Puoi attivare la garanzia Morte da Infortunio, per lasciar loro una somma di denaro in caso di tua prematura scomparsa.

Puoi inoltre scegliere di ricevere un importo giornaliero, fisso e predefinito, al verificarsi di determinate situazioni (Ricovero, Convalescenza, Inabilità Temporanea, Immobilizzazione). In questo modo potrai contare su un indennizzo per ogni giorno di lavoro perso e/o far fronte ad eventuali spese.

Se invece vuoi ricevere il rimborso delle spese mediche sostenute in caso di infortunio, puoi scegliere la garanzia dedicata Rimborso Spese di Cura che ti offre anche l'accesso a MyNet, il network di strutture sanitarie, odontoiatriche e centri fisioterapici convenzionati con Blue Assistance. Pertanto, se la prestazione sanitaria è tra quelle previste in polizza, riceverai il rimborso da parte della Compagnia; se invece non è tra le prestazioni in copertura, potrai comunque beneficiare delle tariffe agevolate, con un notevole risparmio di denaro.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	6
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	9
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	9
 2 DURATA DELLA COPERTURA	10
 3 DISDETTA E RECESSO	10
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO	11
 5 ALTRE INFORMAZIONI	11
SEZIONE INFORTUNI	13
 6 CHE COSA POSSO ASSICURARE	13
 7 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	22
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO	24
 9 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI	25
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	26
SEZIONE MALATTIE	31
 11 CHE COSA POSSO ASSICURARE	31
 12 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	33
 13 CHE COSA NON È ASSICURATO	34
 14 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI	36
 15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	36
SEZIONE TUTELA LEGALE	39
 16 CHE COSA POSSO ASSICURARE	39
 17 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	40
 18 CHE COSA NON È ASSICURATO	40
 19 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	41

INDICE

SEZIONE ASSISTENZA.....	43
 20 CHE COSA POSSO ASSICURARE	43
 21 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	49
 22 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	50
ARTICOLI DI LEGGE	51
APPENDICE 1 - SEZIONE INFORTUNI - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)...	54
APPENDICE 2 - SEZIONE INFORTUNI - TABELLA REALE 2019.....	57
APPENDICE 3 - ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO INFORTUNI...	60
APPENDICE 4 - GRAVI PATOLOGIE.....	62
APPENDICE 5 - TABELLE DI INCREMENTO PER ETÀ SEZIONE MALATTIE.....	66

LEGENDA



CHE COSA POSSO ASSICURARE

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate nel modulo di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Questo capitolo descrive il funzionamento di alcune garanzie indicando ad esempio l'ambito di copertura ed eventuali limitazioni dello stesso.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza nonché i periodi all'interno del quale alcune garanzie non operano.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepiloga per ogni singola garanzia i limiti di indennizzo, le franchigie ed eventuale regole di abbinamento tra differenti garanzie.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Fornisce informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Indica i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo sono riportati gli obblighi e gli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



DISDETTA E RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui sono riportate tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

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

GLOSSARIO

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

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BENEFICIARI

Le persone designate dall'*Assicurato* a riscuotere l'*indennizzo* previsto dalla Sezione *Infortuni* in caso di decesso dello stesso. In assenza di designazione specifica, i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua che eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

DANNO ESTETICO

Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA / SCOPERTO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

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

Sono considerati infortuni anche:

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

INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE

Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'*Assicurato* di attività che non abbiano carattere di professionalità.

INFORTUNIO PROFESSIONALE

Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'*Assicurato* delle attività professionali (principali e secondarie).

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorchè effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua presta la garanzia.

MODULO DI POLIZZA

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

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (SEZIONE ASSISTENZA)

Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

POLIZZA

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

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un *intervento chirurgico*; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

RESIDENZA

Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'*Assicurato* ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

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

SINISTRO

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

SOMMA ASSICURATA

La somma indicata nel *modulo di polizza*, da utilizzare per il calcolo dell'*indennizzo* previsto dalla relativa garanzia.

SPESE DI GIUSTIZIA

Spese del processo o processuali che, in un giudizio civile, sono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e, che a conclusione del giudizio, il soccombente è condannato a rifondere.

SPORT ESTREMO

Sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano.

SPORT PROFESSIONISTICI / PRATICA A TITOLO PROFESSIONISTICO DI SPORT

Sport svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributi di qualunque natura che costituiscano la principale fonte di reddito dell'*Assicurato* e che siano praticati nell'ambito di discipline ed Enti riconosciuti dal C.O.N.I..

STRUTTURA SANITARIA

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

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

TERZI

Soggetti estranei alle Parti tra cui intercorre un rapporto giuridico.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

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

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento ad una distanza superiore a 50 km al di fuori del comune di *residenza* o soggiorno dell'*Assicurato*.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE/ASSICURATO*



1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE 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 stessa cessazione dell'*assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.

In caso di *sinistro*, la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare – come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile – la perdita totale o parziale del diritto di *indennizzo*.

In particolare, per la Sezione *Infortuni*, qualora l'*infortunio* si verifichi nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quella indicata nel *modulo di polizza*, l'*indennizzo* spettante a termini di *polizza* è corrisposto:

- in misura integrale, se all'attività svolta al momento del *sinistro* corrisponde una classe professionale uguale o inferiore a quella dichiarata;
- nella percentuale indicata nella tabella sottostante, se all'attività svolta al momento del *sinistro* corrisponde una classe professionale più elevata.

		Attività indicata nel <i>modulo di polizza</i>			
		Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Attività al momento del <i>sinistro</i>	Classe I	=	=	=	=
	Classe II	85%	=	=	=
	Classe III	70%	85%	=	=
	Classe IV	55%	70%	85%	=

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall'Appendice 3.

Qualora l'attività svolta al momento del *sinistro* sia classificata come "Rischio riservato alla Direzione", l'*infortunio* occorso nello svolgimento di detta attività è assoggettato alle disposizioni previste dall'art. 1898 Codice Civile.

1.3 ONERI FISCALI

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

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria *residenza* in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a Reale Mutua a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di *residenza* potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che Reale Mutua abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

2. DURATA DELLA COPERTURA



La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il premio è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di premio successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Qualora nella casella "tacito rinnovo" del *modulo di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.

3. DISDETTA E RECESSO



3.1 DISDETTA

Se il contratto viene stipulato con il tacito rinnovo, è possibile impedirne il rinnovo mediante la disdetta.

È possibile disdire la *polizza* mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

3.2 RECESSO DAL CONTRATTO

Relativamente alle seguenti Sezioni:

- Sezione *Infortuni*,
- Sezione Tutela Legale,

è prevista la seguente facoltà di recesso dal contratto:

- il *Contraente* può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni dopo il primo *sinistro* denunciato a termini di *polizza* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*;
- Reale Mutua può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni solo dopo il terzo *sinistro* denunciato a termini di *polizza* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*.

Qualora tale facoltà sia esercitata da Reale Mutua, la stessa rimborsa al *Contraente*, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO



4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente articolo non opera se nella casella "indicizzazione" del *modulo di polizza* è riportata l'indicazione "NO".

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la *polizza* è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT. Mentre il premio di *polizza* sarà aumentato solo a ogni scadenza annuale, i valori ed i limiti delle prestazioni, escluse le *franchigie*, saranno adeguati ogni mese; quindi, in caso di *sinistro*, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del *sinistro* e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.

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

4.2 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ – SEZIONE *MALATTIE*

Il premio della garanzie della Sezione *Malattie* è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali riportate nell'Appendice 5.

5. ALTRE INFORMAZIONI



5.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

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

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

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

5.2 FORO COMPETENTE

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

5.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i *Terzi* responsabili dell'*infortunio* o della *malattia*.

SEZIONE *INFORTUNI*

Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nel *modulo di polizza*.



6. CHE COSA POSSO ASSICURARE

6.1 MORTE DA *INFORTUNIO*

Se l'*Assicurato* muore a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*, Reale Mutua liquida la *somma assicurata* ai *beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi.

L'*indennizzo* non è cumulabile con quello per *Invalidità permanente*, tuttavia, se dopo il pagamento dell'*indennizzo* per *invalidità permanente*, ma entro due anni dal giorno dell'*infortunio* ed in conseguenza di questo, l'*Assicurato* muore, Reale Mutua corrisponde ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la *somma assicurata* per il caso morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'*Assicurato* non viene ritrovato, Reale Mutua 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 Reale Mutua 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.

Incremento speciale per i minori o invalidi

Qualora fra i *beneficiari* vi siano uno o più figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 66%, la quota di *indennizzo* spettante a ciascuno di loro viene aumentata:

- del 20% in caso di morte per *infortunio* di un genitore *Assicurato*;
- del 100% in caso di commorienza per *infortunio* nel medesimo *sinistro* di entrambi i genitori, dei quali almeno uno *Assicurato*.

Nel caso in cui la *somma assicurata* per la garanzia morte sia superiore a € 350.000 tale incremento speciale non verrà applicato, ma verrà corrisposta la *somma assicurata* riportata nel *modulo di polizza*. Diversamente l'*indennizzo* globale massimo, comprensivo di incremento speciale, non potrà essere comunque superiore a € 350.000.

Investimento dell'*indennizzo* in uno dei prodotti Vita a catalogo

Qualora il *beneficiario* o i *beneficiari*, l'erede o gli eredi in caso di morte dell'*Assicurato*, scelgano di investire l'intera quota di *indennizzo* a loro spettante in uno dei prodotti Vita di Reale Mutua a catalogo, tale quota verrà aumentata del 10%, in ogni caso tale incremento del 10% non potrà comunque superare un massimo complessivo di € 15.000.

6.2 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 10.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

6.2.1 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

Le forme di *franchigia* di seguito indicate sono alternative tra loro e opera solo quella esplicitamente richiamata sul *modulo di polizza*.

A) FRANCHIGIA 3% FINO A 150.000

Qualora il *Contraente* abbia scelto la forma con *franchigia* 3%, l'*indennizzo* è calcolato:

- sulla prima frazione di capitale fino a € 150.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 3%;
- sulla seconda frazione di capitale, pari all'eccedenza oltre € 150.000 e fino a € 250.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 5%;
- sulla restante frazione di capitale, pari all'eccedenza oltre € 250.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10%.

Franchigia	Frazioni di capitale
3%	Fino a € 150.000
5%	Oltre € 150.000 e fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000



Esempio di *franchigia* espressa in percentuale:

- *Franchigia* 3%
 - *Somma assicurata* € 50.000
 - *Invalidità permanente* accertata 12%
- Viene liquidato un *indennizzo* di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio: 12% - 3% = 9% da applicare sulla *somma assicurata* di € 50.000)

B) FRANCHIGIA 5%

Qualora il *Contraente* abbia scelto la forma con *franchigia* 5%, l'*indennizzo* è calcolato:

- sulla prima frazione di capitale fino a € 250.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 5%;
- sulla seconda frazione di capitale, pari all'eccedenza oltre € 250.000 e fino a € 650.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10%;
- sulla restante frazione di capitale, pari all'eccedenza oltre € 650.000, diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 15%.

Franchigia	Frazioni di capitale
5%	Fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000 e fino a € 650.000
15%	Oltre € 650.000

C) FRANCHIGIA 10%

Qualora il *Contraente* abbia scelto la forma con *franchigia 10%*, l'*indennizzo* è calcolato diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10% su tutta la *somma assicurata*.

D) FRANCHIGIA MODULARE TABELLA REALE 2019

Qualora il *Contraente* abbia scelto la forma con Tabella Reale 2019, l'*indennizzo* è calcolato applicando alle frazioni di capitale, nelle quali si intende suddivisa la *somma assicurata* per *invalidità permanente* totale da *infortunio*, le percentuali riportate nell'Appendice 2 in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertato.

6.2.2 ASSORBIMENTO DELLA FRANCHIGIA

Ad eccezione della *franchigia* modulare Tabella Reale 2019 di cui all'art. 6.2.1D), se l'*invalidità permanente* accertata è superiore al 15% della totale, l'*indennizzo* è liquidato applicando la percentuale di *invalidità* accertata alla *somma assicurata* per *invalidità permanente* totale da *infortunio*, senza alcuna *franchigia*.

6.2.3 INDENNIZZO TOTALE

Ad eccezione della *franchigia* modulare Tabella Reale 2019 di cui all'art. 6.2.1D), se l'*invalidità permanente* accertata è pari o superiore al 66% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

6.2.4 GARANZIA AGGIUNTIVA - OPZIONE SUPER LIQUIDAZIONE

Tale opzione consente di aumentare la percentuale di liquidazione per le *invalidità* di grado pari o superiore al 30% nel seguente modo:

- un grado di *invalidità permanente* accertato compreso tra 30% e 49% comporta un aumento di 10 punti percentuali di liquidazione;
- un grado di *invalidità permanente* accertato compreso tra 50% e 65% comporta un aumento di 30 punti percentuali di liquidazione;
- un grado di *invalidità permanente* accertato pari o superiore al 66% comporta un aumento di 50 punti percentuali di liquidazione.

Si specifica che, in caso di *invalidità permanente* inferiore al 30%, tale garanzia aggiuntiva non opera.

Tale garanzia è resa operante solo se esplicitamente richiamata in *modulo di polizza*.

6.2.5 GARANZIA AGGIUNTIVA - INDENNIZZO MUTUO

Qualora l'*Assicurato* sia intestatario (o cointestatario) di un contratto di mutuo stipulato per l'acquisto di una proprietà immobiliare o di un prestito/finanziamento, in caso di morte o *invalidità permanente* pari o superiore al 66% della totale (conseguenti ad *infortunio* indennizzabile), Reale Mutua riconosce un *indennizzo* pari all'importo del debito residuo - calcolato in base al piano di ammortamento applicato dall'istituto di credito erogante – alla data dell'*infortunio*, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. L'*indennizzo* non potrà essere superiore a € 50.000. La garanzia è operante per un solo contratto (di mutuo o prestito/finanziamento) per ciascun *Assicurato* e a condizione che tale contratto sia stato stipulato in data antecedente a quella dell'*infortunio*. L'*indennizzo* viene corrisposto all'*Assicurato*, che deve produrre a Reale Mutua la documentazione indicata all'art. 10.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO.

Tale garanzia è resa operante solo se esplicitamente richiamata in *modulo di polizza*.

6.3 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO FRANCHIGIA 20%

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

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 10.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Se l'*invalidità permanente* accertata è di grado:

- pari o inferiore al 20% della totale, non viene liquidato alcun *indennizzo*;
- compreso tra 21 e 30 punti percentuali, viene corrisposto il 35% del capitale assicurato;
- compreso tra 31 e 50 punti percentuali, viene corrisposto il 60% del capitale assicurato;
- superiore al 50% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

Il capitale assicurato per *invalidità permanente* rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'*indennizzo*, relativo a uno o più *sinistri*, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo.

La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'*Assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

6.4 INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA INFORTUNIO

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

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 10.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Reale Mutua garantisce l'*indennizzo* per *invalidità permanente*, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 65% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*Assicurato*;
- se l'*invalidità permanente* accertata è pari o superiore al 66% della totale, viene liquidato l'intero capitale indicato nel *modulo di polizza*.

Il capitale assicurato per *invalidità permanente* rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'*indennizzo*, relativo a uno o più *sinistri*, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo.

La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'*Assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

6.5 RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* determina una *invalidità permanente* accertata pari o maggiore del 66% della totale, Reale Mutua – mediante una *polizza Vita* – assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale lordo annuo indicato nel *modulo di polizza*.

L'effetto della *polizza* di rendita vitalizia è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale l'*Assicurato* accetta la liquidazione a titolo definitivo dell'*indennizzo* per *invalidità permanente*. 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, senza reversibilità alcuna.

6.6 RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Reale Mutua, per la cura delle lesioni determinate dal medesimo *infortunio*, verificatesi entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*, rimborsa, fino alla concorrenza del *massimale* assicurato previsto nel *modulo di polizza*, le spese di cura sostenute dall'*Assicurato*, in caso di *ricovero* o in assenza, secondo quanto riportato ai successivi artt. 6.6.1 e 6.6.2.

Sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo *massimale*, le spese sostenute dall'*Assicurato*:

- per l'*assistenza infermieristica* domiciliare, con il limite di € 50 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;

- in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica, purché l'*infortunio* sia provato da documentazione medica e l'intervento stesso avvenga entro tre anni dal giorno dell'*infortunio*;
- per il trasporto fino alla *struttura sanitaria* o al luogo di soccorso o da una *struttura sanitaria* all'altra, con il limite di € 2.500.

6.6.1 SPESE SOSTENUTE DURANTE E DOPO IL RICOVERO

A) DURANTE IL RICOVERO

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
- cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*.

Le spese indicate al presente punto A sono rimborsate fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 20% con il minimo di € 50 per *sinistro*.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 30 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria*, fino ad un massimo di 100 pernottamenti per *sinistro*. L'accesso in *day hospital* *day surgery* viene considerato un pernottamento.

B) SUCCESSIVE AL RICOVERO

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*;
- acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del *massimale* indicato nel *modulo di polizza*; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
- noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Le spese indicate al presente punto B sono rimborsate fino alla concorrenza del 70% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30% con il minimo di € 50 per *sinistro*.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello *scoperto*.

Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e farmaci.

6.6.2 SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI RICOVERO

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi* fino alla concorrenza di € 1.000.
- cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'*infortunio* da referto del pronto soccorso pubblico, fino alla concorrenza di € 3.000;
- acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del *massimale* indicato nel *modulo di polizza*; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
- noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;

Le spese indicate al presente articolo sono rimborsate fino alla concorrenza del 70% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 30% con il minimo di € 50 per *sinistro*.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello *scoperto*.

Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.



Esempio di *scoperto* con il minimo:

- Importo della prestazione effettuata in assenza di *ricovero* e indennizzabile pari a € 1000
 - *Scoperto* 30%, minimo € 50
 - ➔ Importo *scoperto* che rimane a carico dell'*Assicurato*: lo *scoperto* ammonta al 30% del danno, ovvero $€ 1.000 \times 30\% = € 300$.
- Poiché € 300 è maggiore del minimo indennizzabile di € 50, non opera il minimo. L'importo liquidato dunque è dato da $€ 1.000 - € 300 = € 700$

6.7 RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO CON MYNET

Reale Mutua, per la cura delle lesioni determinate dal medesimo *infortunio*, verificatesi entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*, rimborsa, fino alla concorrenza del *massimale* assicurato previsto nel *modulo di polizza*, le spese di cura sostenute dall'*Assicurato*, in caso di *ricovero* o in assenza, secondo quanto riportato ai successivi artt. 6.7.1 e 6.7.2.

Sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo *massimale*, le spese sostenute dall'*Assicurato*:

- per l'*assistenza infermieristica* domiciliare, con il limite di € 50 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;
- in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica, fino a € 5.000 per *sinistro*, purché l'*infortunio* sia provato da documentazione medica e l'intervento stesso avvenga entro tre anni dal giorno dell'*infortunio*;
- per il trasporto fino alla *struttura sanitaria* o al luogo di soccorso o da una *struttura sanitaria* all'altra, con il limite di € 2.500.

6.7.1 SPESE SOSTENUTE DURANTE E DOPO IL RICOVERO

A) DURANTE IL RICOVERO

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
- cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria*, fino ad un massimo di 100 pernottamenti per *sinistro*. L'accesso in *day hospital* / *day surgery* viene considerato un pernottamento.

B) SUCCESSIVE AL RICOVERO

- *prestazioni sanitarie*;
 - *trattamenti riabilitativi*;
 - cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*;
 - acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del *massimale* indicato nel *modulo di polizza* e comunque con il massimo di € 10.000; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
 - noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.
- Le spese indicate al presente punto B sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 20% con il minimo di € 50 per *sinistro*.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello *scoperto*.

Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

6.7.2 SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI RICOVERO

- prestazioni sanitarie;
 - trattamenti riabilitativi fino alla concorrenza di € 3.000.
 - cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'*infortunio* da referto del pronto soccorso pubblico, fino alla concorrenza di € 5.000;
 - acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del *massimale* indicato nel *modulo di polizza* e comunque con il massimo di € 10.000; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
 - noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;
- Le spese indicate al presente articolo sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 20% con il minimo di € 50 per *sinistro*.
- Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello *scoperto*.
- Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

6.7.3 MYNET - SERVIZIO NON ASSICURATIVO

Con l'acquisto della garanzia e finché la stessa è in vigore Reale Mutua offre all'*Assicurato* la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbia necessità:

- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

A) MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

Il servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'*Assicurato* entro 7 giorni dalla data di decorrenza della *polizza*.

Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

B) DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* ha diritto di usufruire delle tariffe agevolate per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di Blue Assistance.

Resta inteso che:

- le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'*Assicurato* che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;
- le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'*Assicurato* si è rivolto.

C) RIDUZIONE SCOPERTI IN CASO DI UTILIZZO DEL SERVIZIO MYNET

Le spese indicate agli artt. 6.7.1 B e 6.7.2, se effettuate in *strutture sanitarie* convenzionate con Blue Assistance previa presentazione del voucher mynet.blue, sono rimborsate fino alla concorrenza del 90% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*Assicurato* uno *scoperto* del 10% con il minimo di € 50 per *sinistro*.

6.8 DIARIA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio* per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*, con un massimo di 180 pernottamenti per ogni *infortunio*.

La diaria è raddoppiata dal primo giorno in caso di:

- *ricovero* di almeno 20 pernottamenti consecutivi;
- grave patologia (elencate nell'Appendice 4, a prescindere dalla durata del *ricovero*, purchè riconducibile ad *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*

La presente garanzia è alternativa alla Diaria per *Ricovero Completa* di cui all'art. 11.4.

6.9 DIARIA POST RICOVERO DA INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di convalescenza conseguente a *ricovero* reso necessario da *infortunio* che abbia comportato almeno un pernottamento o, in caso di immobilizzazione, indipendentemente dalla durata del *ricovero*.

La presente garanzia vale per le convalescenze trascorse in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano e può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia Diaria per *Ricovero Completa* o alla garanzia Diaria per *Ricovero da Infortunio*.

La diaria è corrisposta per un numero di giorni pari a due volte quelli trascorsi in regime di *ricovero*, con il massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Qualora la convalescenza complessiva si protragga oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* può richiedere il pagamento dell'*indennizzo* maturato al termine di ciascun mese.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria post *Ricovero Completa* di cui all'art. 11.6

6.10 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

Qualora un *infortunio* comporti l'applicazione di mezzo di contenzione, reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* a partire dal giorno successivo a quello dell'*infortunio* regolarmente denunciato per il periodo dell'immobilizzazione, per un massimo di 90 giorni per ogni *infortunio*.

La garanzia è operante anche per fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Ente Ospedaliero Pubblico.

Qualora all'*infortunio* consegua una lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti certificata da Ente Ospedaliero Pubblico, che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile per almeno 20 giorni consecutivi, Reale Mutua riconosce un *indennizzo* forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

La presente garanzia non cumula con la Diaria per *Inabilità Temporanea da Infortunio* (*franchigia* 8 giorni) prevista all'art. 6.11.1B).

La presente garanzia vale per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

6.11 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* per ogni giorno di inabilità, a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, nel quale l'*Assicurato* sia impedito a svolgere – anche in parte – le sue normali occupazioni lavorative.

La diaria viene corrisposta con la seguente modalità:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'*Assicurato* si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni lavorative (incapacità totale);
- al 50% per ogni giorno in cui l'*Assicurato* non ha potuto attendervi che in parte (incapacità parziale).

L'*indennizzo* è determinato stabilendo convenzionalmente che i giorni complessivi di Inabilità vengono considerati:

- nella misura del 50% come *Inabilità temporanea* totale;
- nella misura del 50% come *Inabilità temporanea* parziale.

I giorni indennizzabili sono calcolati previa detrazione dei giorni di *franchigia*.

Trascorsi 30 giorni dall'*infortunio* e se il periodo di inabilità prevista da idonea certificazione medica sia pari o superiore a 60 giorni consecutivi, Reale Mutua corrisponde su richiesta dell'*Assicurato* un *indennizzo* a titolo di anticipo pari al 50% di quanto gli spetta sulla base dei giorni di inabilità complessivamente certificati, al netto della *franchigia*.

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

La presente garanzia vale soltanto per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

6.11.1 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

Le forme di *franchigia* di seguito indicate sono alternative tra loro e opera quella esplicitamente richiamata sul *modulo di polizza*.

A) FRANCHIGIA 8 GIORNI

La diaria è corrisposta a partire dal 9° giorno successivo a quello dell'*infortunio* regolarmente denunciato, per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni *infortunio*.

La diaria è corrisposta dal primo giorno successivo a quello dell'*infortunio* in caso di:

- *ricovero* con almeno un pernottamento in *struttura sanitaria*;
- inabilità accertata superiore a 90 giorni consecutivi.

La garanzia Diaria per *Inabilità Temporanea da Infortunio* con la presente *franchigia* non cumula con la garanzia Diaria da Immobilizzazione, prevista all'art. 6.10.



Esempio di *franchigia* espressa in giorni:

- Giorni di inabilità certificati 30 senza pernottamento in *struttura sanitaria*
- Diaria assicurata € 50
- *Franchigia* 8 giorni

→ I giorni di inabilità totale vengono considerati convenzionalmente 15 (la metà dei giorni totali) e i giorni di inabilità parziale sono i restanti 15. L'*indennizzo* viene così calcolato:

- Inabilità totale € 50,00*(15-8) = € 350,00;
- Inabilità parziale € 25,00 *15 = € 375,00

L'*indennizzo* complessivo riconosciuto sarà pertanto pari a € 350,00 + € 375,00 = € 725,00

B) FRANCHIGIA 20 GIORNI

La diaria è corrisposta a partire dal 21° giorno successivo a quello dell'*infortunio* regolarmente denunciato, per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni *infortunio*.

La diaria è corrisposta dal primo giorno successivo a quello dell'*infortunio* in caso di:

- *ricovero* con almeno 10 pernottamenti consecutivi in *struttura sanitaria*;
- inabilità accertata superiore a 90 giorni consecutivi.

6.12 GARANZIE AGGIUNTIVE SEZIONE *INFORTUNI*

Tali garanzie sono sempre operanti in caso di acquisto di almeno una tra le seguenti garanzie: Morte da *infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio franchigia 20%*, *Invalidità permanente grave da infortunio*.

6.12.1 *INDENNIZZO FORFETTARIO PER CONTAGIO DA VIRUS H.I.V.*

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da *cartella clinica* del *ricovero*, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* di € 10.000.

6.12.2 *INDENNIZZO FORFETTARIO PER MANCATA FREQUENZA AI CORSI DI ISTRUZIONE*

Qualora l'*Assicurato* sia uno studente di età inferiore ai 25 anni e, in conseguenza di *infortunio*, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, Reale Mutua, previa presentazione di documentazione idonea, corrisponde un *indennizzo* di € 1.000 per favorire il recupero della preparazione scolastica.

7. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



7.1 *AMBITO DI COPERTURA*

L'*assicurazione* copre gli *infortuni professionali ed extraprofessionali*. Limitatamente a determinate professioni, l'*Assicurato* può scegliere, specificando l'opzione sul *modulo di polizza*, di limitare l'operatività delle garanzie della presente Sezione ai soli *infortuni professionali* oppure ai soli *infortuni extraprofessionali*. Qualora l'*Assicurato*, che abbia scelto l'opzione extraprofessionale, subisca una sospensione temporanea del rapporto di lavoro (aspettativa, cassa integrazione o simili), l'*assicurazione* è prestata per capitali ridotti del 25%.

7.2 *RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI*

L'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni subiti*:

- in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; tumulti popolari purchè l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- a causa di guerra, se e in quanto l'*Assicurato* venga sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace. La garanzia è valida per *polizze* di durata non inferiore all'anno ed opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

- a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani verificatisi al di fuori di Italia, Repubblica di San Marino o Stato del Vaticano. Tuttavia, limitatamente alle garanzie Morte da *infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio franchigia 20%*, *Invalidità permanente grave da infortunio*, Rimborso spese di cura da *infortunio*, Rimborso spese di cura da *infortunio* con Mynet, Rendita Vitalizia da *infortunio*, se l'*infortunio* si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, l'*indennizzo* è corrisposto al 50%.

7.3 RISCHI SPORTIVI

Le garanzie della presente Sezione sono operanti durante la pratica delle discipline sportive sotto riportate svolte a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

A L'*indennizzo* è corrisposto al 50% qualora l'*infortunio* si verifichi durante:

- la pratica di alpinismo fino al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo; immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia);
- la partecipazione a gare – e relativi allenamenti o prove - organizzate dalle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. di: calcio, calcetto (in tutte le forme), judo, karate e arti marziali in genere, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri.

B L'*indennizzo* è corrisposto al 70% qualora l'*infortunio* si verifichi durante:

- la pratica del calcio, calcetto (in tutte le forme), judo, karate e arti marziali in genere, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri, nei casi in cui le attività di cui al presente punto siano praticate al di fuori dell'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva.

C L'*assicurazione* non vale comunque per gli *infortuni* derivanti da:

- *pratica a titolo professionistico di sport* in genere;
- *pratica di sport estremi*;
- partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;
- pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;
- pugilato;
- kitesurf, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;
- snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

Per le attività sportive assimilabili a quelle riportate alla lettera C, ma non specificatamente indicate, sarà utilizzato il criterio analogico con riferimento alla più simile tra le attività sportive elencate.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

- ✗ derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- ✗ derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione* e le loro conseguenze;
- ✗ derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- ✗ derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari salvo quanto previsto all'art. 7.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI;
- ✗ derivanti dalla pratica della speleologia;
- ✗ derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze
- ✗ subiti dall'*Assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- ✗ subiti dall'*Assicurato* 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.

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, salvo quanto previsto all'art. 10.2 LESIONI SPECIALI.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 7.3 C RISCHI SPORTIVI.

Inoltre, limitatamente alle garanzie Diaria per *Ricovero da Infortunio*, Diaria post *Ricovero da Infortunio*, Diaria da Immobilizzazione e Diaria per *Inabilità temporanea da Infortunio*, Reale Mutua non presta le garanzie previste in *polizza* per:

- ✗ pratica di automobilismo e motociclismo durante libero accesso ai circuiti;
- ✗ *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

9. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Regole di abbinamento/cumuli
Invalità permanente da infortunio	Franchigia 3% sul primo scaglione di capitale Franchigia 5% sul primo scaglione di capitale Franchigia 10% Tabella Reale 2019	Acquistabile in abbinamento alla garanzie Invalità permanente da infortunio franchigia 20%, Invalità permanente grave da infortunio.
Invalità permanente da infortunio franchigia 20%	Franchigia 20%	Acquistabile in abbinamento alla garanzie Invalità permanente da infortunio. Alternativa alla garanzia Invalità permanente grave da infortunio.
Invalità permanente grave da infortunio	Franchigia 65%	Acquistabile in abbinamento alla garanzie Invalità permanente da infortunio. Alternativa alla garanzia Invalità permanente infortunio franchigia 20%
Rendita vitalizia da infortunio	Franchigia 65%	
Rimborso spese di cura da Infortunio	Scoperto 20% con il minimo di € 50 per spese durante il ricovero. Scoperto 30% con il minimo di € 50 per spese successive al ricovero o in assenza di ricovero	
Rimborso spese di cura da Infortunio con MyNet	Scoperto 20% con il minimo di € 50 per spese successive al ricovero o in assenza di ricovero. Nel caso in cui tali prestazioni siano effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, previa presentazione del voucher mynet.blue, lo scoperto si riduce al 10%.	
Diaria per ricovero da infortunio		Alternativa alla Diaria per ricovero completa della Sezione Malattie.
Diaria post ricovero da infortunio		Alternativa alla Diaria post ricovero completa della Sezione Malattie.
Diaria da immobilizzazione		Non cumulabile con la Diaria per inabilità temporanea da infortunio (franchigia 8 giorni).
Diaria per inabilità temporanea da infortunio	8 giorni o, in alternativa, 20 giorni	La tipologia di franchigia 8 giorni non cumulabile con la Diaria da immobilizzazione.



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'Assicurato e indicate nel modulo di polizza.

10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio* medesimo. Pertanto:

- non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio*, in quanto conseguenze indirette di esso;
- se al momento dell'*infortunio* l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla garanzia *Invalità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'art. 10.5 (o, se resa operante l'opzione, le percentuali di cui all'Appendice 1 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

10.2 LESIONI SPECIALI

Reale Mutua corrisponde gli indennizzi forfettari sotto elencati a condizione che le lesioni subite siano conseguenti ad *infortunio*.

A) MENOMAZIONI VISIVE ED UDITIVE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 10.5 (o, se resa operante l'opzione, dalla tabella di cui all'Appendice 1, in caso di menomazioni visive ed uditive la valutazione del grado di *invalidità permanente* sarà effettuata senza tenere conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi; il grado di *invalidità permanente* così determinato verrà convenzionalmente diminuito del 30%.

B) LESIONI TENDINEE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

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

Reale Mutua, derogando ai criteri di indennizzabilità per la sola garanzia *Invalità permanente* da *Infortunio* ad eccezione del caso in cui venga scelta la franchigia 10%, riconosce un grado di invalidità pari al 3%, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste.

Questa estensione non è operante per le garanzie *Invalità permanente* da *infortunio* franchigia 20% e *Invalità permanente* Grave da *infortunio* di cui agli artt. 6.3 e 6.4 e per la garanzia *Invalità Permanente* da *Infortunio* con franchigia 10% di cui all'art. 6.2.1.C).

C) ERNIE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 8, relativamente alle sole ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino ricovero o intervento chirurgico, Reale Mutua corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento in struttura sanitaria o giorno di degenza in day hospital/day surgery, con il minimo di € 500 per sinistro. La diaria suindicata sostituisce tutte le garanzie della Sezione *Infortuni*.

10.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'*assicurazione*, in caso di *infortunio* l'*Assicurato*, il *Contraente* o altra persona in sua vece deve denunciare l'*infortunio* entro 10 giorni dal *sinistro*, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla Sede di Reale Mutua.

La denuncia deve contenere:

- la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- il *certificato medico* contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'*Assicurato*

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, con particolare riguardo alla *cartella clinica* nel caso in cui vi sia stato *ricovero*;
- acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve altresì dare avviso del *sinistro* a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Successivamente alla denuncia l'*Assicurato* deve inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.

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

A) Morte da *infortunio*

In aggiunta a quanto sopra indicato (art. 10.3) in caso di morte dell'*Assicurato*, i *beneficiari* o gli eredi legittimi devono presentare:

- *certificato di morte*;
- *certificato di stato di famiglia* relativo all'*Assicurato*;
- *atto notorio* da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i *beneficiari* o gli eredi legittimi, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Reale Mutua circa il reimpiego della quota spettante al minorenne;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro* nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

B) Rimborso spese di cura da *Infortunio*, Rimborso spese di cura da *Infortunio* con Mynet

In aggiunta a quanto sopra indicato (art. 10.3) per ottenere il rimborso delle spese di cura, l'*Assicurato* deve presentare i documenti di spesa in originale. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

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

Per ottenere il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie in assenza di *ricovero* l'*Assicurato* deve presentare oltre ai documenti di spesa in originale e alla documentazione medica anche il referto del pronto soccorso pubblico.

Esclusivamente per la garanzia Rimborso spese di cura da *Infortunio* con Mynet, per ottenere la riduzione dello *scoperto* di cui all'art. 6.7.3C), l'*Assicurato* deve verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata

C) Diaria Post Ricovero da Infortunio, Diaria da immobilizzazione, Diaria per Inabilità temporanea da infortunio

Fermo restando quanto sopra indicato (art. 10.3) se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle *franchigie* eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'*indennizzo* viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore.

Inoltre, per la garanzia Diaria da Immobilizzazione, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da *cartella clinica* o da documento equivalente rilasciato dalla *struttura sanitaria* o dal medico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione); la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura e le lesioni distorsive articolari senza interessamento dei legamenti devono essere certificate da Ente Ospedaliero Pubblico.

D) Garanzia Aggiuntiva – Indennizzo mutuo

Per attivare tale garanzia l'*Assicurato* deve presentare:

- copia del contratto di mutuo o prestito/finanziamento;
- documento dell'istituto di credito erogante contenente il piano di ammortamento del mutuo o prestito/finanziamento suindicato, con la quantificazione del debito residuo alla data dell'*infortunio* o, in alternativa, quietanza di pagamento dell'ultima rata pagata prima dell'*infortunio*, purchè nella stessa sia riportata la quantificazione del debito residuo;
- documento dell'istituto di credito erogante da cui risulti il pagamento di tutte le rate di mutuo scadute prima della data dell'*infortunio*.

10.4 DATA DEL SINISTRO

Per "data del *sinistro*" si intende:

- per le garanzie Diaria per *Ricovero da Infortunio* e Diaria Post *Ricovero da Infortunio*, la data in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- per le altre garanzie della Sezione *Infortuni* la data di accadimento dell'*infortunio*.

10.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.

L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.

L'*assicurazione* vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Laddove una delle garanzie non possa cumulare con altre verrà liquidata quella di maggior favore per l'*Assicurato*.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'*Assicurato*. L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la *struttura sanitaria*.

A) Rimborso spese di cura da Infortunio, Rimborso spese di cura da Infortunio con Mynet

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

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

B) Invalidità permanente da Infortunio, Invalidità permanente da infortunio franchigia 20%, Invalidità permanente grave da infortunio

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

Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite - prima che l'indennizzo sia stato pagato, Reale Mutua, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida ai *beneficiari*:

A l'importo già concordato, o in alternativa,

B l'importo offerto.

Se l'*Assicurato* muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'*infortunio* denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in *polizza*, Reale Mutua liquida ai *beneficiari*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ e 10.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO, anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai *beneficiari*, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la *cartella clinica*, qualora ci sia stato *ricovero*.

Reale Mutua corrisponde su richiesta dell'*Assicurato* un *indennizzo* a titolo di anticipo pari al 50% del presumibile *indennizzo* definitivo in caso di *invalidità permanente* stimata superiore al 25% in base alla documentazione acquisita.

L'*Assicurato* può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica. Qualora nel corso della successiva *trattazione* e sino alla definizione del *sinistro* dovessero emergere dei motivi di non indennizzabilità, l'*Assicurato* si impegna alla restituzione delle somme percepite a titolo di anticipo.

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

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Descrizione	Percentuali	
	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%	
▪ un anulare	8%	
▪ un mignolo	12%	
▪ una falange ungueale del pollice	9%	
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi:		
▪ della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma 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 totale, 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%	

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
▪ un piede	40%	
▪ ambedue i piedi	100%	
▪ un alluce	5%	
▪ un altro dito del piede	1%	
▪ una 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 sotto-astraglica	15%	
▪ paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un occhio	25%	
▪ ambedue gli occhi	100%	
perdita totale della capacità uditiva di:		
▪ un orecchio	10%	
▪ ambedue le orecchie	40%	
stenosi nasale assoluta:		
▪ monolaterale	4%	
▪ bilaterale	10%	
esiti di frattura:		
▪ scomposta somatica di una costa	1%	
▪ amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12° dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
▪ di un metamero sacrale	3%	
▪ di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
▪ postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
perdita anatomica:		
▪ di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale	15%	
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce) (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	30%	

È inteso che, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto 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

SEZIONE MALATTIE

Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nel *modulo di polizza*.

Relativamente alle garanzie *Invalità permanente da malattia*, *Invalità permanente grave da malattia* e *Rendita Vitalizia da malattia*, Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* contro le *malattie* che comportino un'*invalidità permanente*, in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario 5012 MAL che forma parte integrante del contratto di *assicurazione*.

È necessario che l'*Assicurato* risponda alle domande previste dal questionario sanitario in maniera precisa e veritiera senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'*Assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.



11. CHE COSA POSSO ASSICURARE

11.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Reale Mutua garantisce l'*indennizzo* per *invalidità permanente*:

- determinata da *malattia* conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto del contratto;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza del contratto (purché la *malattia* che la determina sia insorta prima della scadenza del contratto stesso).

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai criteri di valutazione stabiliti all'art. 15.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza del capitale assicurato, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 25% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*Assicurato*;
- i casi di *invalidità permanente* accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un *indennizzo* calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	<i>Indennizzo %</i> del capitale assicurato
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
34	32
dal 35 al 55	dal 35 al 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66 e oltre	100

11.2 INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA

Reale Mutua garantisce l'indennizzo per invalidità permanente:

- determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto del contratto;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza del contratto (purché la malattia che la determina sia insorta prima della scadenza del contratto stesso).

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai criteri di valutazione stabiliti all'art. 15.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Reale Mutua assicura il pagamento del capitale assicurato, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 65% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*Assicurato*;
- se l'*invalidità permanente* accertata è pari o superiore al 66% della totale, viene liquidato l'intero capitale indicato nel *modulo di polizza*.

11.3 RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Se la *malattia* determina un'*invalidità permanente* accertata pari o maggiore del 66% della totale, Reale Mutua – mediante una *polizza Vita* – assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale lordo annuo indicato nel *modulo di polizza*.

L'effetto della *polizza* di rendita vitalizia è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale l'*Assicurato* accetta la liquidazione a titolo definitivo dell'*indennizzo per invalidità permanente*. 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 senza reversibilità alcuna.

11.4 DIARIA PER RICOVERO COMPLETA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio, malattia*, donazione organi, parto cesareo e naturale, per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*, con un massimo di 180 pernottamenti per anno assicurativo e per *Assicurato*.

Per la dialisi il massimo è di 30 applicazioni per anno assicurativo e per *Assicurato*.

La diaria è raddoppiata dal primo giorno in caso di:

- *ricovero* di almeno 20 pernottamenti consecutivi;
- grave patologia (elencati nell'Appendice 4), a prescindere dalla durata del *ricovero*.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria per *Ricovero* da *Infortunio* di cui all'art. 6.8.

11.5 INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER RICOVERO

Reale Mutua corrisponde un forfait in caso di *ricovero* pari o superiore a 10 pernottamenti consecutivi secondo le seguenti modalità:

- in caso di *ricovero* pari o superiore a 10 pernottamenti consecutivi e inferiore a 20 pernottamenti, verrà corrisposto un forfait di 1.000€;
- in caso di *ricovero* pari o superiore a 20 pernottamenti consecutivi, verrà corrisposto un forfait di 2.000€.

Per *ricoveri* inferiori a 10 pernottamenti non spetta alcun *indennizzo*.

11.6 DIARIA POST RICOVERO COMPLETA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di convalescenza conseguente a *ricovero* reso necessario da:

- *infortunio*, *malattia*, donazione organi, parto cesareo e naturale a condizione che il *ricovero* abbia comportato almeno un pernottamento;
- neoplasia maligna (escluso cancro in situ), *infortunio* che comporti immobilizzazione, indipendentemente dalla durata del *ricovero* (come contrattualmente definito).

La presente garanzia vale per le convalescenze trascorse in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano e può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia Diaria per *Ricovero Completa*.

La diaria è corrisposta per un numero di giorni pari a due volte quelli trascorsi in regime di *ricovero*, con il massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Qualora la convalescenza complessiva si protragga oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* può richiedere il pagamento dell'*indennizzo* maturato al termine di ciascun mese.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria post *Ricovero* da *Infortunio* di cui all'art 6.9.

11.7 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* per ogni giorno di *malattia* nel quale l'*Assicurato* sia impedito a svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative.

La presente garanzia non cumula con la Diaria Post *Ricovero Completa* di cui all'art. 11.6.

La presente garanzia vale soltanto per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

La Diaria è corrisposta a partire dall'11° giorno di *malattia*, regolarmente denunciata e documentata con certificazione medica, per un massimo di 180 giorni consecutivi per ogni giorno di *malattia*.

In caso di più eventi dovuti ad inabilità totale per *malattia*, Reale Mutua corrisponde la diaria per un massimo di 365 giorni.

12. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



12.1 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

Relativamente alle garanzie Diaria per *Ricovero Completa* e Diaria Post *Ricovero Completa* l'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni* subiti:

- A in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; tumulti popolari purchè 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 guerra, se e in quanto l'Assicurato venga sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace. La garanzia è valida per polizze di durata non inferiore all'anno ed opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

13. CHE COSA NON È ASSICURATO



13.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua

Reale Mutua non presta le garanzie *Invalidità permanente da malattia*, *Invalidità permanente grave da malattia* e *Rendita vitalizia da malattia per invalidità permanenti*:

- ✗ preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- ✗ determinate da *malattie* conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione;
- ✗ conseguenti a alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ conseguenti ad atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- ✗ conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ conseguenti a guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- ✗ conseguenti a patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- ✗ conseguenti a *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- ✗ conseguenti a trattamenti aventi finalità estetiche, dimagranti, fitoterapiche;
- ✗ conseguenti a sieropositività da virus H.I.V.
- ✗ conseguenti a movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Relativamente alle garanzie *Diaria per ricovero completa*, *Indennità aggiuntiva per ricovero*, *Diaria post ricovero completa* e *Diaria per inabilità temporanea da malattia* Reale Mutua non presta le garanzie previste in polizza per:

- ✗ *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell' Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- ✗ alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ conseguenze di guerre, insurrezioni in genere salvo quanto riportato all'art. 12.1 B RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI;
- ✗ conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla pratica della speleologia;
- ✗ pratica di automobilismo e motociclismo durante libero accesso ai circuiti;
- ✗ conseguenze di patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;

- ✗ *infortuni* subiti dall'*Assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- ✗ *infortuni* subiti dall'*Assicurato* 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.
- ✗ conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio*), dimagranti, fitoterapiche;
- ✗ check-up di medicina preventiva;
- ✗ *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo miopico, ipermetropia e presbiopia);
- ✗ paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- ✗ aborto volontario non terapeutico;
- ✗ infertilità, sterilità, impotenza;
- ✗ sieropositività da virus H.I.V.

13.2 CARENZE

Limitatamente alla garanzie Diaria per *ricovero* completa, Indennità aggiuntiva per *ricovero*, Diaria post *ricovero* completa e Diaria per *Inabilità temporanea* da *malattia* l'*assicurazione* decorre dalle ore 24:

- ! del giorno di effetto del contratto per gli *infortuni* e l'aborto post-traumatico;
- ! del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che non si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);
- ! del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero* o di incapacità provvisoria a svolgere le proprie normali occupazioni lavorative verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo*, anche se il *ricovero* o l'*inabilità* siano proseguiti oltre.

13.3 SOSTITUZIONE DELLA POLIZZA

Limitatamente alla garanzie Diaria per *ricovero* completa e Diaria post *ricovero* completa in caso di sostituzione di *polizza*, senza soluzione di continuità, di copertura analoga presso Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati*:

- l'*indennizzo* viene corrisposto al 50% per le conseguenze di *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione* e per le conseguenze di *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'*assicurazione* (sempreché tali eventi non fossero esclusi dalla *polizza* sostituita);
- le carenze sopra indicate operano solamente per l'eccedenza delle *somme assicurate* e per le diverse garanzie prestate dalla presente sezione.

14. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Regole di abbinamento/cumuli
Invalità permanente da malattia	24%	
Invalità permanente grave da malattia	65%	
Rendita vitalizia da malattia	65%	
Diaria per ricovero completa		Alternativa alla garanzia Diaria per ricovero da infortunio della Sezione Infortuni.
Diaria post ricovero da completa		Alternativa alla garanzia Diaria post ricovero da infortunio della Sezione Infortuni.
Diaria per Inabilità temporanea da malattia	10 giorni	
Indennità aggiuntiva per ricovero.	9 pernottamenti	

15. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



15.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua 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*.

Comunque nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'*Assicurato* venga colpito, in tempi diversi, da più *invalidità permanenti* conseguenti a *malattie* non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di *invalidità permanente* complessivamente raggiunto. Tuttavia, qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta senza considerare le invalidità, conseguenti alle singole *malattie*, di grado inferiore al 10% della totale. Dall'*indennizzo* spettante per il grado di *invalidità permanente* così accertato viene detratto l'importo corrisposto per le *invalidità permanenti* precedentemente liquidate.

Il grado di *invalidità permanente* indennizzabile a seguito di uno o più *sinistri*, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il grado di *invalidità permanente* viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data denuncia del *sinistro* e accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (D.P.R. 30.6. 1965, n.1124, allegato n. 1) di cui all'Appendice 1.

Nei casi di *invalidità permanente* non previsti dalla suddetta tabella, la valutazione verrà effettuata dal Consulente Medico di Reale Mutua che terrà 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.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'*Assicurato* sia del Consulente Medico di Reale Mutua, 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.

15.2 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

A) Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia, Rendita vitalizia da malattia.

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'assicurazione, in caso di malattia l'Assicurato deve:

- denunciare la malattia all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede di Reale Mutua 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.
- inviare a Reale Mutua, con la denuncia del sinistro, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
- inviare periodicamente a Reale Mutua 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;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;
- sciogliere dal segreto professionale nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato;
- fornire a Reale Mutua certificato di guarigione o equivalente dichiarazione.

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

B) Diaria per ricovero completa, Indennità aggiuntiva per ricovero, Diaria post ricovero completa e Diaria per inabilità temporanea da malattia

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'assicurazione, l'Assicurato deve:

- entro 10 giorni dalla data del sinistro denunciare il sinistro, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede di Reale Mutua. La denuncia deve contenere certificazione medica sulla natura della patologia e della relativa prognosi. In caso di ricovero è necessario fornire copia della cartella clinica completa;
- sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve altresì dare avviso del sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle franchigie eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore.

15.3 DATA DEL SINISTRO

Per "data del sinistro" si intende:

- per la garanzia Invalidità permanente da malattia, Invalidità Permanente Grave da Malattia e Rendita vitalizia da malattia il giorno in cui è stata denunciata la malattia,
- per le garanzie Diaria per Ricovero Completa, Indennità aggiuntiva per ricovero e Diaria Post Ricovero Completa la data in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico;
- per la garanzia Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia, il primo giorno di inabilità documentato da certificazione medica.

15.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la documentazione indicata, riconosce l'indennizzabilità del *sinistro* e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento dello stesso.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'*Assicurato*. L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la *struttura sanitaria*.

A) Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia, Rendita vitalizia da malattia.

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

Tuttavia, se l'*Assicurato* muore prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, Reale Mutua, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

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

Se l'*Assicurato* muore per cause indipendenti dalla *malattia* denunciata prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in *polizza*, Reale Mutua liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 15.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ e 15.2 DENUNCIA DEL *SINISTRO* – OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO* anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dagli eredi o aventi causa, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la *cartella clinica*, qualora ci sia stato *ricovero*.

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.

Pertanto la sommatoria degli *indennizzi*, relativi ad *invalidità permanente* determinate da una o più *malattie*, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato indicato in *modulo di polizza*.

La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'*Assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia. L'*indennizzo* viene corrisposto in Italia

B) Diaria per ricovero completa, Indennità aggiuntiva per ricovero, Diaria post ricovero completa e Diaria per inabilità temporanea da malattia.

L'*assicurazione* vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Laddove una delle garanzie non possa cumulare con altre verrà liquidata quella di maggior favore per l'*Assicurato*.

Relativamente alla garanzia Diaria per Ricovero Completa, per il pagamento dell'*indennizzo* si tiene conto del numero dei pernottamenti in *struttura sanitaria* e in caso di *day hospital/day surgery*, di ogni singolo giorno di degenza.

SEZIONE TUTELA LEGALE

Reale Mutua presta la garanzia della presente Sezione a favore degli *Assicurati* indicati nel *modulo di polizza*, per i quali la presente Sezione sia esplicitamente richiamata nel modulo stesso.

Nel solo caso di *infortunio* mortale la garanzia è prestata a favore dei *beneficiari* designati dall'*Assicurato* indicati nel *modulo di polizza* o, in mancanza di designazione specifica, a favore degli eredi legittimi o testamentari.

La gestione dei *sinistri* della Sezione Tutela Legale è affidata da Reale Mutua a ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (in seguito denominata ARAG), con sede e Direzione Generale in Viale delle Nazioni n. 9 – 37135 VERONA

- telefono 045 829 04 11,
 - fax 045 829 05 57 (per invio nuove denunce di *sinistro*)
 - fax 045 829 04 49 (per invio successiva documentazione relativa alla gestione del *sinistro*)
- a cui l'*Assicurato* può rivolgersi direttamente.

Inoltre, al numero telefonico:



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

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

16. CHE COSA POSSO ASSICURARE?



La garanzia della presente Sezione è prestata a tutela dei diritti dell'*Assicurato* per *infortuni* che lo stesso subisca e a condizione che tali *infortuni* siano indennizzabili ai sensi della presente *polizza*.

La garanzia vale per l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno, anche a mezzo di costituzione di parte civile in sede di procedimento penale già instaurato a carico della controparte, per fatti illeciti di *terzi* che abbiano provocato l'*infortunio*.

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento dei danni subiti per fatti illeciti di *terzi* che abbiano provocato l'*infortunio*, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia è operante per gli *infortuni* che si verificano nell'ambito della vita privata, compresi quelli derivanti da circolazione stradale.

16.1 TUTELA LEGALE

Quando l'*Assicurato* è coinvolto in una vertenza Reale Mutua garantisce, nei limiti stabiliti dalla *polizza*:

- i compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- i compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, in seguito la controparte è rinviata a giudizio in sede penale
- le spese di soccombenza poste a carico dell'*Assicurato* a conclusione di un giudizio
- le spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria
- le spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- le spese di esecuzione forzata fino a due tentativi per *sinistro*
- i compensi del perito
- le *spese di giustizia*
- le spese di investigazione difensiva nel procedimento penale.

Le spese legali sono garantite per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

17. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



17.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

Reale Mutua presta la garanzia per i *sinistri* che siano insorti durante il periodo di validità della *polizza*

17.2 INSORGENZA DEL SINISTRO

Ai fini della presente Sezione, per insorgenza del *sinistro* si intende il momento del verificarsi dell'*infortunio* che ha originato il diritto al risarcimento

17.3 VALIDITA' TERRITORIALE

La garanzia della presente Sezione è valida nel mondo intero

18. CHE COSA NON È ASSICURATO



Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua

La garanzia non è valida per:

- ✗ *infortuni* avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale dell'*Assicurato*;
- ✗ *infortuni* non indennizzabili ai sensi della Sezione *Infortuni* della presente *polizza*;

- ✗ fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, nonché per fatti conseguenti a detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- ✗ controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
- ✗ fatti dolosi dell'Assicurato;
- ✗ fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- ✗ controversie con Reale Mutua e/o con ARAG
- ✗ fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme
- ✗ proprietà o guida di imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche

Reale Mutua non assume il pagamento :

- ✗ di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere
- ✗ compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite
- ✗ spese per l'indennità di trasferta
- ✗ compensi dell'avvocato per la querela se la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale
- ✗ spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro
- ✗ imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle *spese di giustizia*
- ✗ spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali
- ✗ spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria
- ✗ spese non concordate con ARAG.

L'Assicurato è tenuto a:

- regolarizzare a proprie spese i documenti necessari per la gestione del *sinistro*, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti (giudiziari e non);
- assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.



19. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

19.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, nel momento in cui si è verificato il *sinistro* o, per la sola garanzia morte, qualora in caso il *beneficiario* o gli eredi ne abbia avuto conoscenza, deve dare tempestivo avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede di Reale Mutua o ad ARAG.

La denuncia del *sinistro* deve essere presentata tempestivamente ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza, e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione previsto dalla legge.

La denuncia deve in ogni caso avvenire nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

L'Assicurato può denunciare i nuovi *sinistri* utilizzando la mail denunce@arag.it oppure il numero di fax +39 045.8290557; invece, per inviare la successiva documentazione relativa alla gestione dei *sinistri*, può utilizzare la mail sinistri@arag.it oppure il numero di fax +39 045.8290449.

L'assicurato deve informare ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *sinistro*, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione; in mancanza, ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *sinistro*, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

19.2 GESTIONE DEL *SINISTRO*, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE GARANTITE

Ricevuta la denuncia del *sinistro* ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'*Assicurato*.

La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle Parti, avvalendosi di personale interno qualificato oppure affidandone la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'*Assicurato* ha l'onere di fornire.

L'*Assicurato* ha il diritto di scegliere liberamente, contemporaneamente alla denuncia del *sinistro*, un avvocato a cui affidare la tutela dei propri interessi tra gli iscritti all'albo:

- dell'ufficio giudiziario competente per la vertenza;
- del proprio luogo di *residenza* o sede legale; in caso di domiciliazione, ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato e o al perito è conferito direttamente dall'*Assicurato*, pertanto ARAG non può essere considerata responsabile del loro operato.

Le spese per gli accordi economici tra *Assicurato* e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono garantite solo se preventivamente autorizzate da ARAG.

Il pagamento delle spese garantite avviene in ogni caso previa valutazione della congruità dell'importo richiesto.

Per agevolare l'*Assicurato*, ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista, in esecuzione del contratto di *assicurazione* e senza assumere alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'*Assicurato* paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato nel termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione comprovante il pagamento.

In caso di disaccordo tra l'*Assicurato* e ARAG in merito alla gestione del *sinistro*, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

L'*Assicurato* ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

In caso di controversia tra ARAG e l'*Assicurato* sull'interpretazione del testo del presente contratto, ha valore solo il contratto scritto in lingua italiana.

19.3 RECUPERO DELLE SOMME

Spettano integralmente all'*Assicurato* i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

SEZIONE ASSISTENZA

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

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

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

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

COMUNICANDO:

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

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

20. CHE COSA POSSO ASSICURARE



Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nel *modulo di polizza*.

20.1 ASSISTENZA

20.1.1 PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni *infortunio* o *malattia* e con un massimo di tre volte per ciascun Assicurato ed anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

✓ Consigli medici telefonici

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

✓ Invio di un medico generico o di un'ambulanza

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

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

✓ Prenotazione di visite ed esami

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni presso le *strutture sanitarie* convenzionate. La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

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

✓ Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti al domicilio

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia* certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante auto-vettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

✓ Invio di un infermiere

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, un'assistenza infermieristica presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

✓ Invio di un fisioterapista

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio*, necessiti delle prestazioni di un fisioterapista presso la propria *residenza*, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

✓ Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

✓ Consegna farmaci al domicilio

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che comporti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ Invio di una collaboratrice domestica

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria *residenza*, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Reale Mutua fino a un massimo di 30 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

✓ Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare una visita di controllo o un esame diagnostico in una *struttura sanitaria*, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* alla *struttura sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 300 per sinistro.

✓ Consegna documenti e disbrigo pratiche

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica - ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti che rivestano un oggettivo carattere di urgenza, la *Centrale Operativa*, per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna dei documenti. L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

20.1.2 PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ciascun *sinistro* ed anno assicurativo e operano in *viaggio* ad oltre 50 Km dal Comune di *residenza*.

✓ Interprete a disposizione all'estero

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

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

✓ Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'*Assicurato*, nel corso di un *viaggio*, debba sostenere spese impreviste a seguito di *malattia* o di *infortunio*, la *Centrale Operativa* provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione fino alla concorrenza di € 1.500 per *sinistro*.

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'*Assicurato* deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla *Centrale Operativa*, per la restituzione dell'anticipo.

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

✓ Viaggio di un familiare

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

- mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il *viaggio* con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo; si precisa che tale prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *Assicurato* e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

✓ Rientro sanitario

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

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

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

✓ Rientro del convalescente

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

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

✓ Rientro funerario

Qualora l'*Assicurato* deceda nel corso di un *viaggio*, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per *sinistro*.

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

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

20.2 ASSISTENZA POCKET

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni *infortunio* o *malattia* e con un massimo di tre volte per ciascun *Assicurato* ed anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

✓ Consigli medici telefonici

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

✓ Invio di un medico generico o di un'ambulanza

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

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

✓ Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'*Assicurato* necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *residenza*, per essere ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la *struttura sanitaria*;

- trasferire l'*Assicurato*, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza

tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

✓ Supporto psicologico

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico o alla diagnosi di una patologia, che comportino per l'*Assicurato/a* una situazione di disagio e di stress psicofisico.

Qualora l'*Assicurato* necessiti di un supporto psicologico prescritto dal medico di base o da altro medico specialista:

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da *infortunio* o incidente stradale, risultanti dal referto del pronto soccorso pubblico; oppure
- a seguito di *malattia* che abbia reso necessario un *ricovero* presso una *struttura sanitaria*

la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal *sinistro*, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.

La prestazione opera, previo invio della prescrizione medica con il referto del pronto soccorso, o con la *cartella clinica* attestante il *ricovero*, fino alla concorrenza di € 500 per anno assicurativo.

✓ Assistenza domiciliare integrata

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 10 uscite presso la *residenza*;
- un operatore socio-sanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 60 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'*Assicurato* e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per un massimo di 6 ore alla settimana e di 6 settimane, presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'*assicurazione*, se attivata a seguito di *malattia*.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della cartella clinica o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di *terzi*, determinate attività della vita quotidiana.

✓ Invio di una baby sitter

Qualora l'*Assicurato*, in caso di *infortunio* o *malattia* necessiti di una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata dal medico curante, e sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lui conviventi, e nessun altro familiare possa prendersene cura, la *Centrale Operativa* provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la *residenza* dell'*Assicurato* per occuparsi dei minori. La prestazione opera fino ad un massimo di 12 ore per *sinistro*.

In alternativa la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'*Assicurato*, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la *residenza* dell'*Assicurato*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

✓ Consegna spesa a domicilio

Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che com-

porti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica – la *Centrale Operativa* provvede a garantire, per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'*Assicurato*.

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

A carico dell'*Assicurato* resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ Invio di un dog sitter

Qualora l'*Assicurato* sia ricoverato in una *struttura sanitaria* a seguito di *infortunio* o *malattia*, per un periodo non inferiore a 5 giorni, oppure in seguito alla dimissione da quest'ultima, a causa di una permanenza a letto per almeno 5 giorni, prescritta dalla struttura stessa, necessiti di assistenza nel reperimento e attivazione di un operatore che si prenda cura del suo animale domestico, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale presso la *residenza* dell'*Assicurato*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino ad un massimo di 6 ore.

In alternativa la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'*Assicurato*, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire l'animale presso la *residenza* dell'*Assicurato*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

21. CHE COSA NON È ASSICURATO



Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non eroga le prestazioni qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- ✗ stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- ✗ eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- ✗ atti dolosi compiuti o tentati dell'*Assicurato*;
- ✗ *malattie, infortuni* e/o disturbi in atto al momento della partenza e/o della decorrenza della *polizza*, e noti all'*Assicurato*;
- ✗ uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- ✗ *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

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



22. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

22.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- A. fornire ogni informazione richiesta;
- B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- C. produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

22.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi. Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

22.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

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

Art. 1469 bis c.c. Contratti del consumatore

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

Art. 1892 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 c.c. Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 c.c. Diminuzione del rischio.

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898. c.c Aggravamento del rischio.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici

giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 c.c. Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

Art. 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 c.c. Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

Art. 1915 c.c. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952. c.c Prescrizione in materia di assicurazione.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Art. 60. c.c. Altri casi di dichiarazione di morte presunta.

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62. c.c. Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta.

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

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

(operante solo se esplicitamente richiamata nel *modulo di polizza*)

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

Altre menomazioni della facoltà visiva: vedasi la tabella seguente

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

Note

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

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

Descrizione Percentuali	DX	SX
– Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
– Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
– Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
– Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
– Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
– 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%
– 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%

Descrizione Percentuali	DX	SX
– Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
– Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
– Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
– Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
– Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
– Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
– Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
– Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
– Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
– Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
– Perdita totale del solo alluce	7%	
– Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
– Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
– Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
– Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

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

È inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto *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.

APPENDICE 2 - SEZIONE *INFORTUNI* - TABELLA REALE 2019

(operante solo se esplicitamente richiamata nel *modulo di polizza*)

In caso di scelta dell'opzione del punto 6.2.1D), l'*indennizzo* è calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata:

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	Percentuali da liquidare sulle frazioni di capitale		
	Fino a € 150.000	Oltre € 150.000 fino a € 250.000	Oltre € 250.000 Fino € 650.000
1%	0,2%	0%	0%
2%	0,5%	0%	0%
3%	0,8%	0%	0%
4%	1,0%	0%	0%
5%	2,0%	0%	0%
6%	3,0%	1%	0%
7%	4,0%	2%	0%
8%	5,0%	3%	0%
9%	6,0%	4%	0%
10%	7,0%	5%	0%
11%	8,0%	6%	1%
12%	9,0%	7,0%	2,0%
13%	10%	8,0%	3,0%
14%	11%	9,0%	4,0%
15%	12%	10%	5,0%
16%	13%	11%	6,0%
17%	14%	12%	7,0%
18%	16%	13%	8,0%
19%	18%	14%	9,0%
20%	20%	20%	20%
21%	22%	22%	22%
22%	23%	23%	23%
23%	24%	24%	24%
24%	25%	25%	25%
25%	26%	26%	26%
26%	27%	27%	27%
27%	28%	28%	28%
28%	29%	29%	29%
29%	30%	30%	30%
30%	31%	31%	31%
31%	32%	32%	32%
32%	33%	33%	33%
33%	34%	34%	34%
34%	36%	36%	36%
35%	38%	38%	38%
36%	40%	40%	40%
37%	42%	42%	42%
38%	44%	44%	44%

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	Percentuali da liquidare sulle frazioni di capitale		
	Fino a € 150.000	Oltre € 150.000 fino a € 250.000	Oltre € 250.000 Fino € 650.000
39%	46%	46%	46%
40%	48%	48%	48%
41%	50%	50%	50%
42%	52%	52%	52%
43%	54%	54%	54%
44%	56%	56%	56%
45%	58%	58%	58%
46%	60%	60%	60%
47%	62%	62%	62%
48%	64%	64%	64%
49%	66%	66%	66%
50%	68%	68%	68%
51%	70%	70%	70%
52%	72%	72%	72%
53%	74%	74%	74%
54%	76%	76%	76%
55%	78%	78%	78%
56%	80%	80%	80%
57%	82%	82%	82%
58%	84%	84%	84%
59%	86%	86%	86%
60%	88%	88%	88%
61%	90%	90%	90%
62%	92%	92%	92%
63%	94%	94%	94%
64%	96%	96%	96%
65%	98%	98%	98%
66%	100%	100%	100%
67%	101%	101%	101%
68%	102%	102%	102%
69%	103%	103%	103%
70%	104%	104%	104%
71%	105%	105%	105%
72%	106%	106%	106%
73%	107%	107%	107%
74%	108%	108%	108%
75%	109%	109%	109%
76%	110%	110%	110%
77%	111%	111%	111%
78%	112%	112%	112%
79%	113%	113%	113%
80%	114%	114%	114%
81%	115%	115%	115%

% di <i>invalidità</i> permanente accertata	Percentuali da liquidare sulle frazioni di capitale		
	Fino a € 150.000	Oltre € 150.000 fino a € 250.000	Oltre € 250.000 Fino € 650.000
82%	116%	116%	116%
83%	117%	117%	117%
84%	118%	118%	118%
85%	120%	120%	120%
86%	122%	122%	122%
87%	124%	124%	124%
88%	126%	126%	126%
89%	128%	128%	128%
90%	130%	130%	130%
91%	132%	132%	132%
92%	134%	134%	134%
93%	136%	136%	136%
94%	138%	138%	138%
95%	140%	140%	140%
96%	142%	142%	142%
97%	144%	144%	144%
98%	146%	146%	146%
99%	148%	148%	148%
100%	150%	150%	150%

APPENDICE 3 - ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO *INFORTUNI*

CLASSE DI RISCHIO I

Agente di borsa/cambio - Antiquario senza restauro (solo vendita) - Autorimessa /Autofficina senza lavoro manuale - Barbiere - Biologo - Cancelliere - Cassiere (cinema, teatro, ecc.) - Concessionario di veicoli o natanti (solo vendita) - Consigliere comunale - Consulente del lavoro - Consulente aziendale/Informatico/Softwarehouse/C.E.D. (attività presso un) - Erborista - Farmacista - Figurinista - Fotografo solo in studio - Galleria d'arte (attività presso una) - Giornalaio/Edicola - Giornalista (solo in ufficio) - Impiegato con mansioni interne - Insegnante scolastico (no ed. fisica) - Interprete - Magazziniere capo senza lavoro manuale - Musicista - Notaio - Ostetrica - Parrucchiere per signora - Preside/Rettore - Psicanalista/Psicologo - Puericultrice - Ricevitoria/Lotto - Rilegatore di libri - Scrittore - Segretario comunale - Sociologo

CLASSE DI RISCHIO II

Agente di assicurazione - Agente di commercio - Agente immobiliare - Agente di investigazione - Agente marittimo/Commissario di avaria - di bordo - Agente di pubblicità - Agente di viaggio - Agente teatrale, collocamento, cinematografico - Agricoltore senza uso di macchine agricole - Agrimensore/Agronomo - Albergatore - Allenatore sportivo - Allevatore animali da cortile, ovini - Ambasciatore/Console/Diplomatico - Ambulante - Amministratore di beni - enti - Analista di laboratorio - Animatore turistico - Apicoltore - Arbitro - Architetto - Armatore - Arredatore - Assistente sociale - Attore/Direttore artistico/Regista (cinema, teatro, TV) - Autista di autovetture - Autista di autobus - Autoscuola - istruttore - Autotrasportatore senza carico-scarico - Avvocato/Procuratore legale - Badante - Bagnino - Barcaiollo/Gondoliere - Barista (bar ed esercizi simili) - Benestante (reddituario senza particolare occupazione) - Biciclette/Motocicli con riparazione - Bidello/Operatore scolastico - Bigiotteria (lavorazione oggetti di) - Calzolaio - Cameraman (anche esterno no estero) - Cameriere - Camiciaia/Bustaia - Candele (lavorazione) - Cantante - Cappellaio - Casalinga - Cave (lavoro in) senza lavoro manuale - Ceramiche (lavorazione) con modellatura e cottura - Cesellatore/Incisore/Acqueforti (riproduttore di) - Clero (appartenente al) esclusi missionari all'estero - Collaboratore domestico/Colf - Commercialista - Commerciante all'ingrosso - Commesso/Fattorino - Cordami (lavorazione di) - Cuoco/Pizzaiolo - Custode diurno e non armato - Decoratore/Imbianchino solo interni con uso di scale - Dentista - Dirigente - Disegnatore - Disinfestatore - Distributore di carburanti (addetto a un) senza riparazioni/lavaggio - Ebanista/Intarsiatore - Elettrauto - Elettricista solo in laboratorio - Elettrodomestici, radio TV (no antenne) con installazione e/o riparazioni - Enologo/Enotecnico - Esattore - Estetista/Callista/Podologo - Facchino/Portabagagli - Floricoltore senza uso di trattori - Fornaio - Fotografo anche esterno/Fotoreporter - Gelataio/Pastaio/Pasticcere - Geologo - Geometra - Giardiniera/Vivaista - Giornalista (anche esterno no estero) - Gommista (montaggio, riparazione e vendita) - Guardia caccia - Guardia pesca - Guida turistica - Imbalsamatore di animali - Impagiatore (di sedie, di recipienti) - Impiegato con funzioni esterne - Imprenditore - Indossatore/Indossatrice - Infermiere - Ingegnere - Insegnante scolastico (ed. fisica) - Insegnante di ginnastica - fitness - body building - Insegnante di basket, tennis e simili - Insegnante di arti marziali - Insegne (installazione) (non più di 4 mt. da terra) - Intagliatore legno in studio - Ispettore di assicurazione/Bancario - Linotipista/Litografo - Liutaio - Lucidatore (pelli, mobili, metalli) - Macchine da scrivere/calcolo (riparazione) - Macellaio - Magistrato/Giudice - Magliaia/o - Massaggiatore/Fisioterapista - Mediatore (esclusi legname o bestiame) - Mediatore (legname o bestiame) - Medico che non pratica la chirurgia - Medico che pratica la chirurgia - Medico radiologo (esclusi effetti radiazioni) - Ministro politico - Modellista - Modista - Obiettore di coscienza - Odontotecnico - Orefice/Lavorazione metalli e pietre preziose - Orologiaio con riparazione - Orticoltore - Ortopedici, Fabbricazione articoli - Ottico (riparazione, montaggio, costruzione materiali) - Parlamentare - Pastore - Pellettieri - Pellicciaio - Pensionato - Non occupato - Perito (libero professionista) - Pittore - Pompe funebri - Prefetto - Presentatore - Promotore finanziario - Pulizia (addetto alla) (all'interno di fabbricati) - Quadri (vendita con applicazione di cornici) - Radiologo (altri settori, esclusi effetti radiazioni) - Radiotecnico (senza posa o riparazione antenne) - Ram-

mendatrice/Ricamatrice/Rimagliatrice - Restauratore opere d'arte (solo a terra o in laboratorio) - Restauratore opere d'arte (su ponteggi) - Restauratore di mobili - Ristorante/Pizzeria/Trattoria - Sarto - Scenografo/Coreografo - Scultore - Sindacalista - Smaltatore di oggetti artistici - Smerigliatore di vetri e cristalli - Soffiatore di vetro - Specchi (fabbricazione e/o lavorazione di) - Studente - Tappezziere - Tessitore - Tipografo - Topografo - Ufficiale Giudiziario/Messo comunale - Vasaio con fabbricazione - Verniciatore di pelle, legno, metallo - Veterinario - Vetraio (vendita con applicazione) (senza accesso ponteggi - est. fabbricati) - Vetrinista (anche con preparazione di mostre) - Vigile urbano

CLASSE DI RISCHIO III

Accalappiacani - Armaiolo (negozio con riparazione e preparazione cartucce) - Ascensorista solo riparazione e/o manutenzione - Autorimessa/Autofficina con manut., lavaggio, ripar. - Bronzo/Rame (lavorazione) - Cantoniere - Carpentiere solo a terra - Carrozziere - Casaro - Cave (lavoro in) con lavoro manuale senza uso di mine - Collaudatore di veicoli e natanti a motore - Concessionario di veicoli o natanti (con riparazione e manutenzione) - Cornici (fabbricazione) - Cromatore/Nichelatore - Distributore di carburanti (addetto a un) con riparazioni/lavaggio - Elettricista all'interno di fabbricati - Fabbro solo a terra - Falegname solo a terra - Floricoltore con uso di trattori - Fonditore di metalli - Fuochista - Galvanoplastica (lavorazione di) - Guardia campestre/forestale - Guardia giurata/Custode notturno o armato - Idraulico - Impiegato con accesso cantieri o ambienti sostante tossiche - Insegnante di equitazione - Insegnante di sci (maestro) - Macchinista (di treni) - Magazziniere - Marmista solo a terra (non in cave) - Materassaio - Meccanico - Mobiliere (fabbricazione) - Montatore (meccanico) - Mosaicista (all'interno di fabbricati) - Netturbino/Operatore ecologico - Operaio generico dipendente - Pavimentatore/Piastrellista all'interno di fabbricati - Pescatore con pesca costiera - Plastica (stampaggio di materie plastiche) - Portavalori - Postino/Corriere/Pony Express - Pulizia (addetto alla) (all'esterno di fabbricati) - Riscaldamento (installazione e/o riparazione impianti) - Saldatore - Scalpellino (marmi/pietre) non in cava - Scaricatore (portuale, doganale, mercati) - Tornitore - Vetraio (vendita con applicazione) (con accesso ponteggi - est. fabbricati)

CLASSE DI RISCHIO IV

Abbattitore di piante (boscaiolo) - Agricoltore con uso di macchine agricole - Allevatore equini, bovini, suini, struzzi - Antennista con installazione (riparazione antenne) - Ascensorista con installazione impianti - Autotrasportatore con carico-scarico - Carpentiere con accesso impalcature, tetti, ponti, pozzi - Cave (lavoro in) con lavoro manuale e con uso di mine - Decoratore/Imbianchino con accesso a impalcature o ponti - Elettricista all'esterno di fabbricati - Fabbro su impalcature, tetti, ponti, pozzi - Falegname su impalcature, tetti, ponti, pozzi - Fuochi d'artificio (lavorazione di) - Gruista (compreso montaggio) - Guida alpina/Aspirante Guida alpina - Idraulico con accesso a impalcature, tetti, ponti, pozzi - Imprenditore edile che prende parte ai lavori - Insegne (installazione) (oltre 4 mt. da terra - sui tetti) - Marmista su impalcature - ponti (in cave) - Mosaicista (con accesso ad impalcature o ponti) - Mugnaio - Muratore - Pavimentatore/Piastrellista su impalcature e tetti - Spazzacamino - Trattorista/Manovratore macchine movimento terra - Trivellatore - Verniciatore (accesso impalcature, tetti, esterno navi) - Vigile del fuoco

RISCHI RISERVATI ALLA DIREZIONE

Allievatore di altri animali - Archeologo - Armaiolo (costruttore, riparatore, preparatore di cartucce) - Ballerina/o professionista - Calciatore professionista (serie A,B,C) - Calciatore dilettante (serie D, eccellenza, promozione) - Cameraman (inviato speciale estero) - Ciclista professionista - Ciclista dilettante/Amatore con gare "elite" - Clero (appartenente al) (missionario all'estero) - Fantino - Fotografo all'estero - Giornalista (inviato speciale all'estero) - Insegnante di altre pratiche sportive - Marinaio - Militare/Polizia - Pescatore con pesca non costiera - Questore - Radiologo con estensione a effetti radiazioni - Skipper - Speleologo - Altro

APPENDICE 4 - GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei baso-cellulari (basaliomi). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di <i>intervento chirurgico</i> o tecniche cardiologiche interventistiche	<i>Malattia</i> che determina <i>intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: ▪ ripetuti dolori al torace; ▪ cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; ▪ aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: ▪ cuore ▪ polmone ▪ fegato ▪ pancreas ▪ rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed impicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto o da una sedia.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite fulminante con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie del timo che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ▪ emo-trasfusioni periodiche; ▪ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ▪ trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
<i>Ricovero</i> in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di <i>ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

APPENDICE 5 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ SEZIONE *MALATTIE*



Esempio di incremento del premio per età garanzia *Invalidità Permanente da Malattia*:

- Età alla stipula dell'*assicurazione*: 35 anni
- Premio dovuto alla stipula dell'*assicurazione*: € 150
- Età al rinnovo: 36 anni
- Premio dovuto al rinnovo: € 155,25. Infatti, l'incremento per età del 36enne è pari a 3,5%.

Garanzia <i>Invalidità Permanente da Malattia franchigia 24%</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
da 18 a 34	3%
da 35 a 40	3,5%
da 41 a 59	5%
da 60 a 65	6%
Garanzia <i>Invalidità Permanente Grave da Malattia</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
da 18 a 34	3%
da 35 a 40	4%
da 41 a 59	6%
da 60 a 65	8%
Garanzia <i>Rendita Vitalizia da Malattia</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
Tutte le età	3%
Garanzia <i>Diaria per Ricovero Completa</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
fino a 49	2,5%
da 50 a 75	3,5%
Garanzia <i>indennità aggiuntiva per ricovero</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
fino a 53	1,5%
da 54 a 70	7%
Garanzia <i>Diaria post Ricovero Completa</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
fino a 49	2,5%
da 50 a 70	3,5%
Garanzia <i>Inabilità temporanea da Malattia</i>	
Fascia d'età	Incremento % per età
Tutte le età	0,75%

NOTE

Area for handwritten notes with horizontal dotted lines.

NOTE

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

**Assistenza stradale,
per l'abitazione e la salute**

800 092 092

24 ore su 24
7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5265 INF



REALE GROUP

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it
www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



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