



Diamante

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA DELLA FAMIGLIA.

Il presente SET INFORMATIVO, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DIAMANTE

**Mod. INF54351
Ed. 07/2024**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali).

È possibile accedere anche tramite l'app Italiana Mobile.

L'accesso è gratuito previa registrazione.

INDICE

1. GLOSSARIO	Pag.	03
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pag.	05
3. NORME CHE REGOLANO L' <i>ASSICURAZIONE</i> INFORTUNI	Pag.	07
▪ Oggetto dell' <i>assicurazione</i>	Pag.	07
▪ Esclusioni	Pag.	07
▪ Prestazioni assicurate	Pag.	08
▪ Limiti di <i>indennizzo</i>	Pag.	10
4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DELL' <i>INDENNIZZO</i>	Pag.	11
5. COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	Pag.	14

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

1. GLOSSARIO

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato in seguito.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il presente contratto di *assicurazione* che si conclude mediante la sottoscrizione della *polizza*.

BENEFICIARI

I *beneficiari* in caso di morte dell'*assicurato* sono gli eredi legittimi o testamentari.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE / CONDIZIONI CONTRATTUALI

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONSORTE

Il *coniuge*, anche se di fatto.

CONTRAENTE

La persona che stipula l'*assicurazione*.

DANNO ESTETICO

Deturpazione obiettivamente constatabile.

DAY HOSPITAL

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

FRANCHIGIA

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

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una inabilità temporanea, un'*invalidità permanente* o la morte dell'*Assicurato*.

Sono considerati *infortuni* anche:

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

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna. 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.

POLIZZA

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

PREMIO

La somma dovuta alla *Società* a titolo di corrispettivo per l'*assicurazione*.

RICOVERO

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

SCHEDA DI POLIZZA

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

SINISTRO

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

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni SpA.

TRATTAMENTI SANITARI

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

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

La *Polizza* è costituita e disciplinata dalle Condizioni Contrattuali modello INF54351 e dalla *scheda di polizza* modello INF54350 riportante le somme assicurate.

Con la firma della *scheda di polizza* modello INF54350 il *Contraente* approva le Condizioni Contrattuali previste dal modello INF54351.

2.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* e 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 articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLA GARANZIA

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

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in *polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della *Società* al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Il pagamento del *premio* avviene mediante addebito su conto corrente bancario o bonifico. Il pagamento effettuato secondo le modalità indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

2.3 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

2.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Società*, di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'*indennizzo* nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* ai sensi dell'art. 1898 C.C.

2.5 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la *Società* è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* successivi alla comunicazione del *Contraente* o dell'*Assicurato* ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo il terzo *sinistro* denunciato a termini di *polizza* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, il *Contraente* o la *Società* possono recedere dal contratto, tramite lettera raccomandata, con preavviso di trenta giorni.

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

2.7 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta di una delle Parti (*Contraente* o *Società*), mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* di durata annuale è prorogata per un anno e così successivamente. La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

2.8 ONERI FISCALI - TRASFERIMENTO RESIDENZA ALL'ESTERO

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

Nel caso in cui il *Contraente* trasferisca la propria Residenza al di fuori dell'ITALIA è obbligato a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dal trasferimento. In tal caso l'*assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale senza obbligo di comunicazione di disdetta tra le Parti.

2.9 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Qualora coesistano più assicurazioni, il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'*indennizzo* dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

2.10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

La Società presta le garanzie di seguito evidenziate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza* ed entro i limiti delle somme assicurate in esso indicate.

3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli *infortuni* il *Contraente* e i suoi familiari che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del sinistro.

- L'*assicurazione* comprende gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato*:
 - a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - b) a causa di terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani. Se l'*infortunio* si verifica entro i confini italiani la somma assicurata è ridotta del 50%;
 - c) a causa di guerra, se ed in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. La garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.
- Per ogni giorno di contemporaneo *ricovero* del *Contraente* e del *consorte*, se entrambi assicurati, dovuto ad un medesimo evento, la Società corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 60 per *Assicurato*, fino a 90 giorni.
- Qualora l'*Assicurato*-studente di età non superiore ai 25 anni, in conseguenza di *infortunio*, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, la Società corrisponde un *indennizzo* di € 1.100 per favorire il recupero della preparazione scolastica.
- In caso di contagio da virus H. I. V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da *infortunio* indennizzabile e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del *ricovero*, la Società corrisponde un *indennizzo* di € 10.400.

3.2 ESCLUSIONI

3.2.1 PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere.

La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

Non sono assicurabili le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi della condizione sopra prevista. Il successivo incasso del *premio* da parte della Società non costituisce deroga alla suddetta Condizione Contrattuale. Relativamente agli *Assicurati* che abbiano compiuto i limiti di età assicurabile in corso di contratto, la garanzia vale sino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

La *polizza* sarà tacitamente rinnovata per i soli *Assicurati* che non abbiano raggiunto i limiti di età sopra descritti.

Le somme assicurate relative alle persone che hanno raggiunto il 75° anno di età si intenderanno ripartite in parti uguali tra i restanti componenti il nucleo familiare.

Nel caso in cui siamo sopraggiunti i limiti di età per tutti gli *Assicurati*, la *polizza* si intenderà automaticamente cessata.

3.2.2 INFORTUNI NON INDENNIZZABILI

La Società non indennizza gli *infortuni* derivanti:

- dalla guida di veicoli o natanti a motore se l'*Assicurato* non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- dalla partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore;
- dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci; da stato di ubriachezza accertata;
- da atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.

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

3.3 PRESTAZIONI ASSICURATE

3.3.1 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

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

- in caso di *ricovero*, le spese sostenute per *trattamenti sanitari*, per i diritti di sala operatoria e per le rette di degenza. Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 110 per ogni pernottamento, fino a 90 pernottamenti per *sinistro*;
- dopo il *ricovero* o in assenza di *ricovero*, le spese sostenute per *trattamenti sanitari*, per il noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche, per cure e protesi dentarie rese necessarie da *infortunio*, con l'applicazione di una *franchigia* di € 50 per *sinistro*. Per *Assicurati* fino a 14 anni di età la Società rimborsa le spese relative a cure e protesi dentarie fino a € 520.

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

- le spese sostenute in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica fino a € 2.600 purché l'intervento stesso avvenga entro un anno dal giorno dell'*infortunio* provato da documentazione medica.

3.3.2 DIARIA PER RICOVERO

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

3.3.3 DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO

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

3.3.4 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società liquida l'*indennizzo* per *invalidità permanente* se l'*invalidità* stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*.

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati al punto 4.3

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

- non superiore al 3% della totale, non viene liquidato alcun *indennizzo*;

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

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

3.3.5 MORTE

Se l'*Assicurato* muore entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, la *Società* liquida la somma assicurata ai *beneficiari*. Qualora nel medesimo *sinistro* si verifichi la commorienza del *Contraente* e del *consorte* (purché almeno uno sia *Assicurato*) l'*indennizzo* spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 74% viene aumentato del 50%.

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* e in conseguenza di questo, l'*Assicurato* muore, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

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

Se risulta che l'*Assicurato* è vivo dopo che la *Società* ha pagato l'*indennizzo*, quest'ultima ha diritto alla restituzione, da parte dei *beneficiari*, della somma loro pagata.

L'*Assicurato* avrà così diritto all'*indennizzo* spettante ai sensi di *polizza* per altri casi eventualmente assicurati.

3.3.6 SOMMA ASSICURATA PER PERSONA

L'importo indicato nella *scheda di polizza* alle voci "Capitale assicurato" rappresenta quanto assicurato per l'intero nucleo familiare, come risulta dal certificato anagrafico di stato di famiglia al momento del *sinistro*.

Al fine di ottenere la somma assicurata per persona i capitali assicurati sono così ripartiti:

- Diaria per *ricovero*, Diaria per applicazione di apparecchio gessato, *Invalidità permanente*: in parti uguali tra tutti gli *Assicurati*.
- Morte: 40% al *Contraente*, 40% al *consorte*, 20% in parti uguali tra gli altri *Assicurati*.

Nel caso in cui o il *Contraente* o il *consorte* non fossero assicurati oppure non vi fossero altri *Assicurati*, la relativa somma assicurata è suddivisa in parti uguali tra gli *Assicurati*. Il capitale assicurato per il Rimborso delle spese di cura è a disposizione del nucleo familiare per ogni anno assicurativo. L'importo della diaria sostitutiva del rimborso, indicato al punto 3.3.1, è corrisposto per ciascun *Assicurato*.

Le persone non assicurabili (Vedi punto 3.2.1) non concorrono nella suddivisione del capitale assicurato, anche se inserite nello stato di famiglia. In caso di *sinistro* i capitali assicurati verranno ripartiti su quattro persone al massimo anche se il nucleo familiare risulterà composto da più persone, ottenendo così, per ogni *Assicurato*, una somma assicurata maggiore di quanto risulterebbe da una suddivisione puramente matematica. È confermata la ripartizione prevista per il *Contraente* e il *consorte* in caso di morte.

L'*indennizzo* complessivo non potrà comunque superare il capitale assicurato.

3.3.7 COMBINAZIONI GARANZIE

Il *Contraente* sceglie di beneficiare di una sola tra le seguenti combinazioni di garanzie.

La scelta deve risultare nella *scheda di polizza*.

Combinazioni	Rimborso Spese di Cura (Art. 3.3.1)	Diaria per Ricovero (Art. 3.3.2)	Diaria per Applicazione Apparecchio Gessato (Art. 3.3.3)	Invalidità Permanente (Art. 3.3.4)	Morte (Art. 3.3.5)
"Small"	X	X	X	O	O
"Medium"	X	X	X	X	X
"Large"	X	X	X	X	X

Garanzia prevista: "X"

Garanzia non prevista: "O"

3.4 LIMITI DI INDENNIZZO

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

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

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

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

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

4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

4.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio* medesimo.

Se al momento dell'*infortunio* l'*Assicurato* è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili solo le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella valutazione del grado di *invalidità permanente* le percentuali previste verranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

4.2 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

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

Il Collegio Medico risiede nel Comune, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

4.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La *Società*, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento. L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.

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

Tuttavia, se l'*infortunato* muore prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, la *Società*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, liquida ai beneficiari:

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

Se l'*Assicurato* muore prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche previsti in polizza, la *Società* liquida ai *beneficiari*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 4.1 "criteri di indennizzabilità" e 5.1 "denuncia dell'infortunio" delle *Condizioni Contrattuali*, anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai *beneficiari*, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato *ricovero*.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Le spese per i certificati restano a carico dell'*Assicurato*.

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

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	6%
▪ un anulare	8%	6%
▪ un mignolo	12%	10%
▪ una falange ungueale del pollice	9%	8%
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
▪ della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
▪ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
▪ al di sopra della metà della coscia	70%	
▪ al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
▪ al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
▪ un piede	40%	
▪ ambedue i piedi	100%	
▪ un alluce	5%	
▪ un altro dito del piede	1%	
▪ la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole	35%	
▪ del ginocchio in estensione	25%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
▪ della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura di una costa con callo deforme	1%	
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di:		
▪ una vertebra cervicale	12%	
▪ una vertebra dorsale	5%	
▪ 12° dorsale	10%	
▪ una vertebra lombare	10%	

	Destro	Sinistro
Postumi di trauma distorsivo-cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
Esiti di frattura del sacro con callo deforme		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un occhio		25%
▪ ambedue gli occhi		100%
Sordità completa di:		
▪ un orecchio		10%
▪ ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
▪ monolaterale		4%
▪ bilaterale		10%
Perdita anatomica:		
▪ di un rene		15%
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
Afonia (perdita totale della voce; la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		30%

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille e del bicipite brachiale la *Società*, derogando ai criteri di indennizzabilità per la sola garanzia *Invalidità Permanente*, riconosce un grado di invalidità pari al 3%, senza applicazione della prevista *franchigia*.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive e 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 aggiungere 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 e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

4.4 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

5. COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché la comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni stipulate per lo stesso rischio; essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa da parte dell'*Assicurato* nonché da un certificato anagrafico aggiornato di stato di famiglia; in caso di *ricovero* deve essere corredata da copia della cartella clinica completa.

La denuncia deve essere trasmessa, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede della *Società* nel più breve tempo possibile.

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

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

Per ottenere il rimborso delle spese di cura, l'*Assicurato* deve presentare i documenti di spesa in originale e la documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra *assicurazione* privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore privato.

L'*Assicurato* deve consentire alla visita dei medici della *Società* e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

NOTE

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54351



REALE GROUP

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

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.