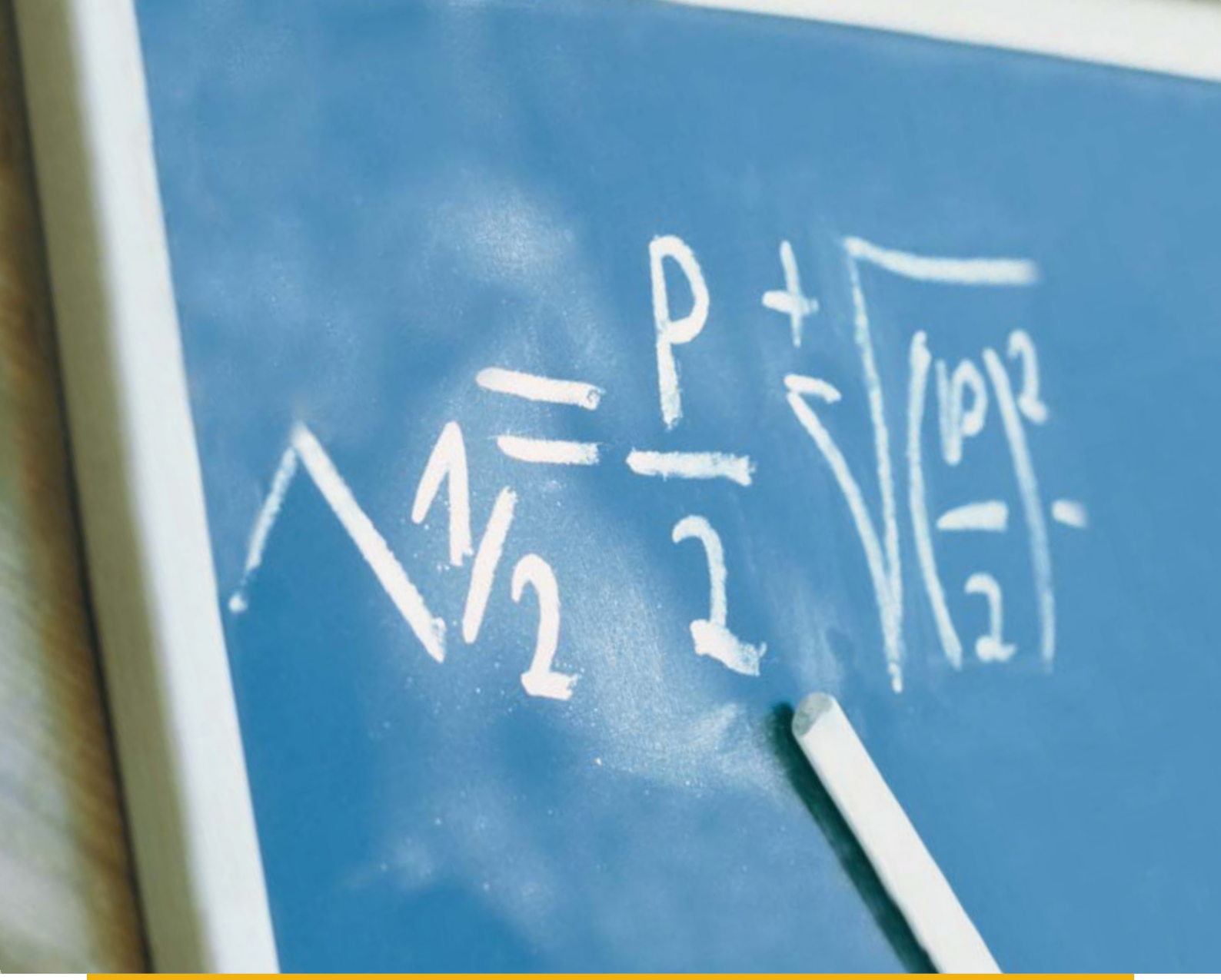

Protezione Ragazzo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEGLI STUDENTI.

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

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

PROTEZIONE RAGAZZO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54201 – Ed. 01/2019

ITALIANA ASSICURAZIONI

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

GLOSSARIO	Pag.	3
CONDIZIONI GENERALI	"	5
SEZIONE INFORTUNI	"	6
▪ Quando assicuriamo	"	6
▪ Cosa assicuriamo	"	7
▪ Cosa non assicuriamo	"	8
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	"	9
CONDIZIONI PARTICOLARI	"	14

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

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguito.
Le definizioni al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

BAMBINO – RAGAZZO – STUDENTE
Persona compresa in una fascia d'età tra 0 e 6 anni o, in caso di età superiore, individuo regolarmente iscritto che frequenta un corso di studi relativo alle scuole dell'obbligo o scuole di altro ordine, superiori ed università, che non svolge alcuna attività di carattere professionale.

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

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIE/SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa, in percentuale o in giorni (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.

ISTITUTO DI CURA
Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, day hospital / day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiokinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

PARTI
Il Contraente e ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A..

POLIZZA
Il documento che prova l'assicurazione.

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

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO
Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

RISCHIO
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A

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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile.
Costituisce elemento di valutazione del rischio, ed eventualmente di un suo aggravamento, il cambio di attività professionale da studente a qualsiasi altra.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

ART. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.5 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 1.6 ONERI FISCALI

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

ART. 1.7 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 Codice Civile.
Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Il Contraente/Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto dell'indennizzo. Non rientrano nell'obbligo di comunicazione le coperture connesse con altri rapporti contrattuali non intestati al Contraente/Assicurato (es. c/c bancario, carte di credito, polizze stipulate da istituti scolastici, enti o associazioni sportive).

ART. 1.8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

SEZIONE INFORTUNI

QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 DEFINIZIONE D'INFORTUNIO - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende evento dovuto a causa fortuita esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di **ogni normale attività della vita comune che non abbia carattere professionale, comprese le attività scolastiche in genere.**
L'Assicurazione è inoltre operante per gli infortuni:

- **subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione;**
- derivanti dallo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'Estero o in un paese sino allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Sono considerati infortuni anche:

- **l'asfissia fortuita** causata da fuga di gas o di vapore;
- gli **avvelenamenti acuti e fortuiti** da ingestione di cibo o altre sostanze; **le affezioni** conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- **l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni (esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qualora l'ernia non risulti operabile** secondo parere medico, **verrà corrisposta un'indennità non superiore al 10%** della somma assicurata per invalidità permanente totale - **qualora l'ernia sia operabile verrà corrisposto un indennizzo forfetario pari ad € 500,00;**
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**; gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad imprese temerarie compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.
- gli infortuni derivanti dalle seguenti calamità naturali: terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani.

Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani, Repubblica di S. Marino e Città del Vaticano la somma assicurata è ridotta del 50%.

ART. 2.2 ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI

N.B. (la garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno).
L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Turismo, Trasferimento e Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;**
- **su aeromobili di Aeroclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

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

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.
Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.
Qualora la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà il diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.
L'Assicurato avrà così il diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa - anche se successiva alla scadenza del contratto - si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, qualora i postumi siano già stati stabilizzati la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni e percentuali ed i criteri di cui all'Art. 5.4 una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.
Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata.
Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 25% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata.
Negli altri casi l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella che segue:

Grado (%) di Invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
1-2-3-4-5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	15
21	16
22	17
23	18
24	19
25	20

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

La Società in deroga ai criteri di indennizzabilità Art. 5.2, riconosce un grado di invalidità permanente **senza applicazione della franchigia, ove prevista,** relativamente a:
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille: 2%
- esiti di rottura sottocutanea del bicipite brachiale: 2%
- esiti di rottura sottocutanea di tendine dell'estensore del pollice: 2%
- esiti di rottura sottocutanea del quadricipide femorale: 2%
- esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo: 1%
- esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato: 2%

ART. 3.3 PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

La Società corrisponde l'indennità stabilita in caso di perdita dell'anno scolastico per assenza conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, da corsi di studio frequentati in scuole elementari, medie inferiori o superiori, ubicate in Italia, Repubblica di S. Marino e Città del Vaticano, di durata non inferiore a 60 giorni consecutivi o 75 giorni in più soluzioni. Tale assenza deve essere successiva alla decorrenza della polizza e avvenuta nel corso dello stesso anno scolastico e deve aver comportato la non ammissione alla classe superiore o il mancato conseguimento del diploma relativo alle scuole medie superiori.
Ai fini del computo dei giorni di assenza si considerano i giorni di lezione effettivamente persi in conseguenza effettiva di infortunio.
Per le assenze in più soluzioni non si computano i periodi di durata inferiore ai due giorni.
L'indennità è pari a:
- € 600 se la frequenza era in scuole elementari;
- € 1.100 se la frequenza era in scuole medie inferiori;
- € 1.600 se la frequenza era in scuole medie superiori.

L'indennità suddetta è valida per assicurati di età inferiore ai 19 anni.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

1) **pratica di paracadutismo e dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'Art. 2.2;**
2) **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
3) **partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;**
4) **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
5) **dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, arrampicata libera (free climbing), la pratica di alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci-alpinismo per gradi di difficoltà O.S. (Ottimo Sciatore) e O.S.A. (Ottimo Sciatore Alpinista), immersioni subacquee con autorespiratore, rafting o canoa fluviale, idrospeed, in tratti caratterizzati da rapide;**
6) **pratica di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo, ciclismo, equitazione, sci, judò, karatè e arti marziali in genere, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva;**

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

7) **dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, tranne quando l'Assicurato è trasportato sul veicolo;**
8) **dall'abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;**
9) **da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;**
10) **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
11) **da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto previsto dall'Art. 2.1);**
12) **da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.**

Sono altresì esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuro psichiche: patologie cerebrali su base organica, disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

ART. 4.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplessia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, **sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale**. Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento del rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'Art. 1898 del Codice Civile.**

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico **deve essere fatta per iscritto** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società **entro 3 giorni** dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.
Successivamente l'Assicurato invierà i certificati medici sul decorso delle lesioni.
Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **sarà necessario dare immediato avviso telegrafico alla Società.**
Nel caso di diaria per applicazione di apparecchio gessato i certificati medici dovranno essere rinnovati alle successive scadenze. In mancanza, la liquidazione delle indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
L'Assicurato, i suoi famigliari e gli aventi diritto saranno tenuti a consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.
Le spese relative ai certificati medici, e salvo patto speciale, quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.
Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, **l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità**, se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

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

ART. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente 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;**
- **in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente di cui all'Art. 5.4 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

ART. 5.3 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, sulla pertinenza del rimborso delle spese di cura, nonché sulla contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 5.2), **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria su accordo delle Parti, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di 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.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con la dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.
Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio – desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi – **della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.**
Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

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

VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	dx	sx
▪ perdita totale, anatomica o funzionale:		
di un arto superiore	70%	60%
della mano o dell'avambraccio	60%	50%
del pollice	18%	16%
dell'indice	14%	12%
del medio	8%	6%
dell'anulare	8%	6%
del mignolo	12%	10%
della falange ungueale del pollice	9%	8%
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
▪ anchilosi:		
della scapolo-omerale 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%	
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
▪ anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio tarsica ad angolo retto con achilosi della sottoastragalica	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 gli orecchi	40%	

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

	dx	sx
▪ 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 una metamero sacrale	3%	
- di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
▪ perdita anatomica di un rene	5%	
▪ perdita anatomica della milza	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la parziale perdita della voce non è indennizzabile)		

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
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.

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

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, 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. 5.2 "Criteri di indennizzabilità" e 5.1 "Denuncia dell'infortunio e Obblighi relativi", 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.

ART. 5.5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui alla condizione particolare B).

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza MOD. INF54200)

A) DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO

Nel caso in cui un infortunio comporti l'applicazione di mezzo di contenzione, **purchè permanente e inamovibile**, l'indennizzo verrà erogato come segue:

- se la contenzione è resa necessaria da una frattura o da una lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) diagnosticata in ambiente ospedaliero o da un medico ortopedico, la Società corrisponde **la somma assicurata per un massimo di 90 gg. per sinistro** dietro presentazione di documentazione medica. Tale garanzia è anche operante in caso di fratture alle quali non venga applicato alcun mezzo di contenzione, sempre che comportino la necessità d'una permanenza continuativa a letto certificata da un Ente Ospedaliero Pubblico;
- se la contenzione è resa necessaria da una distorsione, senza lesione dei legamenti o di altre strutture articolari, certificata da Ente Ospedaliero o medico ortopedico, sempre che il mezzo di contenzione non venga rimosso per almeno 20 giorni consecutivi, la Società riconosce un indennizzo forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

L'indennizzo relativo a questa garanzia opzionale verrà calcolato previa applicazione di uno scoperto del 20% qualora l'infortunio avvenga a seguito della pratica di gare e competizioni sportive così come disciplinato alla condizione particolare D) o durante l'uso e guida di veicoli a motore così come disciplinato alla condizione particolare E), in entrambi i casi se rese operanti.
La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

B) RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa, nei casi sotto indicati, fino alla concorrenza del massimale assicurato, per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese effettivamente sostenute:

a) in caso di ricovero:
- per accertamenti diagnostici e onorari medici prima del ricovero stesso;
- per degenza in Istituto di cura a titolo di: assistenza medica, infermieristica, rette di degenza, medicinali e terapie varie, esami, onorari della équipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi).
  Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento, fino a 90 pernottamenti per sinistro;

b) dopo il ricovero o dopo un intervento chirurgico anche ambulatoriale o dopo una frattura osteoarticolare o capsulo legamentosa radiograficamente accertata:
- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali in Italia **(escluse le spese di natura alberghiera);**

c) se non vi è stato ricovero:
- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio con il massimo di € 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi.
  Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza di € 1.500,00 con il minimo di € 100,00 che per ogni infortunio rimane a carico dell'Assicurato;

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

d) per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonché in ambulanza - se necessaria - per il rientro al domicilio: **il tutto entro il massimo di € 500,00;**
e) per intervento riparatore del danno estetico **fino alla concorrenza di € 2.600**. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga **entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.**

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, per i punti b), c) ed e), la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia. Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'Art. 5.1).
Il rimborso viene effettuato dalla Società ad avvenuta guarigione clinica, **su presentazione in originale da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi** (notule del medico, ricevuta del farmacista o dell'ambulatorio, conto dell'ospedale o clinica e simili fiscalmente regolari e quietanzati).
L'indennizzo relativo a questa garanzia non prevede l'applicazione di nessuna limitazione anche qualora l'infortunuio avvenga a seguito della pratica di gare e competizioni sportive così come disciplinato alla condizione particolare D) o durante l'uso e guida di veicoli a motore così come disciplinato dalla condizione particolare E).

C) LIQUIDAZIONE INDENNIZZO CON FRANCHIGIA DEL 30%

In sostituzione di quanto indicato all'Art. 3.2 si conviene che nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 30% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo.
Nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 30% della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.

D) ESTENSIONE A COMPETIZIONI SPORTIVE E RELATIVA FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE

A deroga di quanto previsto dall'Art. 4.1 punto 6), l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti dalla pratica di gare e competizioni di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo, ciclismo, equitazione e sci qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva.
Nei suddetti casi, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3.2 sulla somma assicurata per Invalidità Permanente non si fa luogo ad indennizzo per invalidità pari o inferiori al 10%, pertanto:
a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

E) USO E GUIDA VEICOLI A MOTORE

A deroga di quanto previsto dall'Art. 4.1 punto 7) l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti dall'uso e la guida di veicoli e natanti a motore a condizione che l'Assicurato sia in possesso delle prescritte abilitazioni.
Rimane in ogni caso escluso l'uso e la guida di veicoli o natanti a motore in competizioni.
Nei suddetti casi, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3.2 sulla somma assicurata per Invalidità Permanente non si fa luogo ad indennizzo per invalidità pari o inferiori al 10%, pertanto:
a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

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

F) RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, **una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 66%** della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società - mediante una polizza vita emessa dalla stessa - assicurerà **il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo annuo lordo iniziale di € 12.000,00 alle seguenti condizioni:**

- **se l'Assicurato al momento dell'infortunio ha già compiuto i 18 anni l'effetto della polizza vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita.**

La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita;

- **se l'Assicurato al momento dell'infortunio non ha ancora compiuto i 18 anni la data di effetto della polizza vita, sarà differita al giorno di compimento del 18° anno di età dell'Assicurato. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita. Non sarà quindi corrisposta l'eventuale rendita dal momento dell'infortunio fino al compimento dei 18 anni. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.**

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. INF54201

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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