



I N F O R T U N I

ITALIANA
assicurazioni

Condizioni Contrattuali
INDIVIDUALE/CUMULATIVA
Edizione 2006

I N F O R T U N I

ITALIANA
assicurazioni

PREMESSA

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54132 e dalla scheda di polizza modello INF54133 o INF54134 riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.

Con la firma della scheda di polizza modello INF54133 o INF54134 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54132.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle Sezioni:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nella scheda di polizza modello INF54133 o INF54134.

– Assistenza - garanzia sempre operante

DEFINIZIONI	Pag.	5
CONDIZIONI GENERALI	"	6
SEZIONE INFORTUNI	"	9
• Quando assicuriamo	"	9
• Cosa assicuriamo	"	10
• Cosa non assicuriamo	"	13
• Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	"	13
• Condizioni aggiuntive operanti solo per contratti intestati a persone giuridiche	"	16
CONDIZIONI PARTICOLARI	"	18
SEZIONE ASSISTENZA	"	19
TABELLE INAIL	"	21

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURATO

La persona, identificata nella scheda di polizza, protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI

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

BLUE ASSISTANCE

La Società che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previsti in polizza.

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 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.

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

Provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, 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.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

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, i capitali assicurati, 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.

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1896 C.C..

ART. 1.2 - CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività diversa da quella dichiarata.

1) Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato/Contraente **deve darne immediata comunicazione** alla Società; in tal caso si applicheranno gli artt. 1897 (Diminuzione del rischio) e 1898 (Aggravamento del rischio) del C.C..

L'Assicurazione prosegue senza variazioni di sorta nel caso in cui il cambiamento dell'attività non comporti diminuzione né aggravamento di rischio.

2) Se l'infortunio si verifica nello svolgimento di **un'attività professionale diversa** da quella dichiarata in polizza come indicato sul retro della scheda di polizza, ovvero nello svolgimento di altra attività che comporti comunque caratteristiche di professionalità, **l'indennizzo è dovuto:**

- integralmente, se all'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello dell'attività professionale indicata in polizza;
- **in misura ridotta** in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore.

Ai fini della determinazione del maggiore o minore rischio connesso alla professione, si farà riferimento alla tabella convenzionale stampata sul retro della scheda di polizza.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA

ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
	CLASSE A	100	100	100	100
	CLASSE B	90	100	100	100
	CLASSE C	75	85	100	100
	CLASSE D	50	55	70	100

Per la valutazione del grado di rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportata **sul retro della scheda di polizza**. In caso di attività eventualmente non specificate in elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

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 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO, NEL CASO IN CUI LA POLIZZA ASSICURI ANCHE IL CASO DI DIARIA GENERICA

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 1.6 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE In mancanza di disdetta, mediante lette-

ra raccomandata spedita almeno due mesi prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui l'Assicurato raggiunge gli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

ART. 1.7 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente 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 C.C..

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 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 (es. c/c bancario).

ART. 1.10 - CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

(operante qualora venga indicato "SI" nella corrispondente casella della scheda di polizza)

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, il contratto è indicizzato e pertanto si adegua secondo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- 1) al termine "INDICE": l'indice mensile nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT;
- 2) al termine "INDICE BASE": l'indice relativo al terzo mese che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
- 3) al termine "NUOVO INDICE": l'indice relativo al terzo mese che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;
- 4) al termine "INDICE DI ACCADIMENTO": l'indice relativo al terzo mese che precede la data in cui si è verificato il sinistro;

si conviene che:

- a) le somme assicurate per le prestazioni espresse in euro, saranno adeguate ogni mese; pertanto in caso di sinistro, si procederà alla valutazione del danno con riferimento a tali parametri rivalutati in relazione al rapporto tra "INDICE DI ACCADIMENTO" e "INDICE BASE";
- b) il premio di polizza è invece aumentato solamente ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "NUOVO INDICE" e "INDICE BASE", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".

Le Parti potranno rinunciare all'applicazione della presente clausola mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del premio, sempreché siano state pagate almeno tre annualità. In caso di rinuncia all'indicizzazione la polizza continua ad essere in vigore con il premio, i valori ed i limiti delle prestazioni raggiunti alla scadenza dell'annualità in corso.

ART. 1.11- LIMITI TERRITORIALI.

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

La Diaria Generica per i sinistri verificatisi al di fuori dei territori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, è indennizzabile:

- **per i paesi extraeuropei, limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero e senza franchigia; se non vi è ricovero, non verrà liquidato alcun indennizzo;**
- **per i paesi dell'Europa, con una franchigia assoluta di dieci giorni (indipenden-**

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

temente dalle franchigie e dall'importo contrattualizzati), se non vi è ricovero ospedaliero; qualora ci sia ricovero la diaria verrà liquidata senza franchigia.

Le limitazioni suddette cessano dalle ore 24 del giorno di rientro in Italia.

Gli accertamenti e le liquidazioni dei danni avverranno sempre in Italia in euro.

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 nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza e nello svolgimento di ogni normale altra attività della vita comune che non abbia carattere professionale.

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 colpiscono 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 e le ernie non traumatiche)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qua-**

lora 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 corrisposta l'indennità per diaria generica, se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;**

- 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 e atti di vandalismo, **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 da atti di terrorismo e attentati e dalle seguenti calamità naturali: terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria, 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%.**

Sono altresì compresi gli infortuni avvenuti durante:

- la pratica di ogni disciplina sportiva **svolta a titolo NON professionistico** (tranne le esclusioni previste dall'articolo 4.1).

L'indennizzo è ridotto alla metà qualora l'infortunio si verifichi durante:

- a) 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 (compresi i casi di embolia), rafting o canoa fluviale, idrospeed, in tratti caratterizzati da rapide;
- b) la partecipazione a gare - allenamenti o prove - organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva di: calcio, ciclismo, pallacanestro, rugby, football americano, sport equestri; gli sport invernali riferiti a sci alpino, sci alpinismo, sci su erba, snowboard, carving e hockey su ghiaccio.

ART. 2.2 - ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI (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: ha inizio dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Sono esclusi i viaggi effettuati:

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di Aereoclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

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 ai beneficiari.

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 nel medesimo sinistro **si verifichi la commorienza** per infortunio dell'Assicurato e del suo coniuge, **l'indennizzo** spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 74% **viene aumentato del 50%.**

La presente condizione particolare non vale in caso di infortunio di volo.

Il maggior indennizzo previsto dalla presente condizione particolare cumulata con la somma assicurata per il caso di morte, fino alla concorrenza complessiva di euro 260.000 intendendosi lo stesso proporzionalmente ridotto in caso di superamento di detto limite.

- 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 C.C..

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 seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

A) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 15% 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 da 0 a euro 105.000	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre euro 105.000 fino a euro 210.000	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre euro 210.000
1.2.3.	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5

B) LESIONI SPECIALI

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: 3%
- esiti di rottura sottocutanea del bicipite brachiale: 3%
- esiti di rottura sottocutanea di tendine dell'estensore del pollice: 3%
- esiti di rottura sottocutanea del quadricipite femorale: 3%
- esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo: 2%
- esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato: 3%

Le percentuali indicate valgono anche in presenza di tabella INAIL (Condizione Particolare D).

ART. 3.3 - INABILITÀ TEMPORANEA

1) DIARIA GENERICA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea, la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.**

La liquidazione dell'indennizzo avverrà applicando le seguenti franchigie:

- **5 giorni sull'intero capitale previsto in polizza, qualora non sia superiore a euro 26;**
- **7 giorni sull'intero capitale previsto in polizza, qualora sia superiore a euro 26 e fino a euro 52;**
- **10 giorni sull'intero capitale previsto in polizza per importi oltre a euro 52.**

L'indennità per diaria generica **viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni** a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio e fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità; **in caso di ritardo della denuncia l'indennità per inabilità decorre dal giorno successivo a quello della denuncia.** Si rinvia a quanto previsto dal 4° comma dell'art. 5.1.

La franchigia decorre dal giorno successivo a quello della denuncia stessa, restando inteso che l'indennità per diaria generica sarà

corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia; resteranno esclusi dal pagamento i casi guariti entro il periodo stesso.

2) 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.

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

3) INDENNITÀ GIORNALIERA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, verrà corrisposta **per un periodo non superiore a 365 giorni**, una indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni pernottamento.

4) INDENNITÀ POST-RICOVERO

Qualora l'Assicurato a seguito di ricovero in Istituto di cura, **che comporti almeno un pernottamento**, conseguente a infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, debba trascorrere un periodo di convalescenza

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

domiciliare che gli impedisca totalmente di svolgere la sua normale attività (**inabilità totale documentata da certificato medico**), verrà corrisposta una indennità fissa giornaliera nella misura indicata in polizza **per un periodo massimo di 60 giorni**.

Ai fini del computo dell'indennità post-ricovero il primo e l'ultimo giorno di inabilità temporanea totale si considerano giorno unico.

Le diarie per indennità post-ricovero e per applicazione di apparecchio gessato non cumulano fra di loro né con la diaria generica.

ART. 3.4 - 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 euro 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 euro 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi.

Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente articolo, con uno scoperto del 20% con il minimo di euro 75 per ogni infortunio;

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 limite del 10% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura e con il massimo di euro 520;**

e) per intervento riparatore del danno estetico **fino alla concorrenza di euro 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).

ART. 3.5 - RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, una **invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60%** 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 annuale, rivalutabile, dell'importo iniziale indicato nella scheda di polizza**.

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'infortunato sarà in vita.

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. pratica (e relative gare, prove ed allenamento) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci e sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, arrampicata libera (free climbing) e se praticati su pista bob, slittino e skeleton;**
- 6. 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 o di guida senza permesso internazionale dove necessario (c.d. *patente internazionale*), a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o per il rilascio del permesso;**
- 7. abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;**

8. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

9. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

10. guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto previsto dall'art. 2.1);

11. 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 neuropsichiche: 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 apoplezia 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 C.C..**

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazio-

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

ne 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 generica, diaria per applicazione di apparecchio gessato o indennità post-ricovero 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 familiari 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.

ART. 5.2 - 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. 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 un 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 lettera A) e all'art. 3.2 lettera B) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

ART. 5.3 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della diaria generica, sulla pertinenza del rimborso delle spese di cura, sulla pertinenza o durata dell'indennità di degenza o post-ricovero, 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.

E' 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 provvisoria 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 rifiuta 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:

A) VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	dx	sn.
• 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	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%
ambidue 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 sottoastraglica	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
• perdita totale anatomica o funzionale di:	
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
• perdita totale della capacità uditiva di:	
un orecchio	10%
ambidue gli orecchi	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 una metamero sacrale	3%
– di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
• perdita anatomica di un rene	15%
• 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 funzio-

nale 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, salvo quanto diversamente pattuito e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida ai beneficiari il relativo importo.

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 C.C. verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 3.4.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE SEMPRE OPERANTI PER CONTRATTI INTESATATI A PERSONE GIURIDICHE

ART. 6.1 - RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di sua morte, i beneficiari di cui all'art. 3.1, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione dei danni derivati dall'infortunio, l'indennità dovuta a sensi di polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detta indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

ART. 6.2 - PERSONE SOGGETTE ALL'OBBLIGO DI LEGGE

La presente polizza **non esime dall'obbligo attuale o futuro di stipulare l'assicurazione di legge contro gli infortuni sul lavoro** e si intende contratta di comune accordo in aumento a tale assicurazione.

ART. 6.3 - ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI

La somma dei capitali della presente ed altre assicurazioni infortuni comuni cumulative, che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato e da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- **per il caso di morte:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per evento;
- **per il caso di invalidità permanente totale:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per evento;
- **per il caso di inabilità temporanea (art. 3.3 punto 1 - Diaria Generica):**
euro 260 per persona e euro 5.200 per evento.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative, che includano il rischio volo, stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi predetti, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate

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

con riduzione ed imputazioni proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare sommate, detti limiti.

Salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione. Eventuale aumenti dei predetti limiti devono essere preventivamente concordati con la Società.

La Società dichiara che il premio relativo:

- alla estensione di cui alla presente garanzia è pari al 2% (dueper cento) del totale del premio imponibile della garanzia infortuni;
- ai capitali eccedenti quelli indicati nel presente articolo sarà quello applicato ai livelli correnti del mercato delle assicurazioni aeronautiche.

**CONDIZIONI PARTICOLARI
(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)**

A) CLAUSOLA FRANCHIGIA - INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 3.2 lettera A), relativamente al caso di invalidità permanente, **la franchigia assoluta del 3% deve intendersi applicata fino alla concorrenza di euro 210.000 di capitale assicurato**, si conferma la franchigia del 10% oltre euro 210.000.

C) BONUS LUNGA DEGENZA. (solo per garanzia completa professionale ed extra-professionale)

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, **che si protragga, senza soluzione di continuità, per almeno 40 pernottamenti**, verrà riconosciuto un "Bonus lunga degenza" di euro 1.100 per un solo evento in ciascun anno assicurativo.

D) ADOZIONE DELLE TABELLE DI LEGGE

A parziale deroga dell'art. 5.4 lettera A), la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto articolo 5.4.

Questa condizione particolare, anche se richiamata nella scheda di polizza, non sarà in ogni caso operante durante lo svolgimento delle attività sportive elencate ai punti a) e b) di cui all'art. 2.1, per i quali varrà la tabella di valutazione prevista dall'art. 5.4 lettera A).

E) LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che

non abbia carattere professionale. In caso di cessazione od interruzione del rapporto di lavoro la garanzia rimarrà operante sino al 45° giorno dalla data di cessazione o interruzione per gli stessi capitali indicati in polizza. **Trascorso tale termine** e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso il normale rapporto di lavoro o instaurato altro rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi con orario fisso, **la garanzia si intende prestata per somme pari al 60% di quelle indicate in polizza.**

L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

F) LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale per gli infortuni che dovessero verificarsi soltanto in esplicazione delle attività professionali specificate nella scheda di polizza. E' escluso il rischio "in itinere".

G) RISCHIO "IN ITINERE"

Ad integrazione della precedente lettera F), la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo necessario a compiere il tragitto, anche con l'uso di mezzi di locomozione, dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa, **comunque verificatisi entro un'ora dall'inizio o dal termine dell'orario di lavoro.**

I) ESONERO APPLICAZIONE FRANCHIGIA SUL CAPITALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 3.2 lettera A), **sul 30% del capitale assicurato per invalidità permanente totale, non verrà applicata alcuna franchigia.** Sul rimanente capitale si confermano le franchigie previste dal suddetto articolo.

Tale esonero di franchigia sul capitale di invalidità permanente non sarà in ogni caso operante per i sinistri occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive elencate ai punti a) e b) di cui all'art. 2.1.

SEZIONE ASSISTENZA

BLUE SERVICE

Blue Service offre i suoi servizi 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno e fornisce le seguenti prestazioni **gratuite** di assistenza tramite una convenzione stipulata con Italiana Assicurazioni S.p.A..

Per poterne usufruire l'Assicurato dovrà contattare Blue Assistance, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

DALL'ITALIA DALL'ESTERO

Numero Verde Prefisso Internazionale
800-042042 011 7425599

COMUNICANDO:

- le generalità del Contraente
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

Non verranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, trovandosi ad oltre 50 km. dalla propria residenza, sia ricoverato a seguito di infortunio 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 un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) od in aereo (classe economica), senza spese per l'Assicurato.

RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assicurato, trovandosi ad oltre 50 km. dalla propria residenza, a seguito di infortunio, richieda il proprio trasferimento in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a

garantirgli cure specifiche o presso la sua stessa residenza, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede, senza spese per l'Assicurato, a:

- organizzare il suo trasferimento nei tempi e con le modalità di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni: aereo sanitario, aereo di linea (eventualmente barellato), treno/vagone letto (prima classe), autoambulanza. Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario può avere luogo da tutti i Paesi europei e da quelli del bacino del Mediterraneo. Per gli altri Paesi esso avviene esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;
- assistere l'Assicurato durante il trasferimento con personale medico e/o infermieristico, se giudicato necessario dai propri medici di guardia.

Non danno luogo al trasferimento:

- a) le malattie infettive ed ogni patologia a causa delle quali il trasporto implichi violazione di norme sanitarie;**
- b) gli infortuni che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possano essere curati sul posto.**

RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato, trovandosi ad oltre 50 km. dalla propria residenza, purché convalescente a seguito di un ricovero per infortunio, sia impossibilitato a rientrare alla sua residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede, senza spese per l'Assicurato, a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con le modalità di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni: aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza;
- assistere l'Assicurato durante il trasferimento con personale medico e/o infermieristico, se

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

giudicato necessario dai propri medici di guardia;

- mettere a disposizione di un familiare dell'Assicurato, in assenza di altro accompagnatore (es.: medico od infermiere), un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) od in aereo (classe economica).

RIENTRO FUNERARIO

Qualora l'Assicurato, trovandosi ad oltre 50 km. dalla propria residenza, deceda a seguito di infortunio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto a tutte le

formalità. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. **La prestazione opera con il limite di euro 20.700 per nucleo familiare. Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese 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) od in aereo (classe economica), senza spese per quest'ultimo.

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	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 ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6
Perdita delle ultime due 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 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	
	Destro	Sinistro
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 renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16
Perdita totale del solo alluce		7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro vanno per l'arto sinistro e viceversa.

ITALIANA
assicurazioni

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A. Fondata nel 1889.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Traiano, 18 - 20149 Milano - Italia
Tel. 02 397161 - Internet: www.italiana.it

Capitale sociale € 40.455.077,50 int. vers.
Codice Fiscale - Partita IVA e numero di Iscrizione al
Registro Imprese di Milano 0077443-015-1.
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a
norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923 n.º 966
Società con unico socio:
Società Reale Mutua di Assicurazioni
Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento
della Società Reale Mutua di Assicurazioni



GRUPPO REALE MUTUA