

# PROTEZIONE RAGAZZO

ITALIANA  
assicurazioni

**Condizioni Contrattuali**  
**Edizione 04/2008**



## **PREMESSA**

### **DISCIPLINA DEL CONTRATTO**

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54201 e dalla scheda di polizza modello INF54200 insieme formano il contratto di assicurazione.

Con la firma della scheda di polizza modello INF54200 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54201.

## **GARANZIE**

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alla Sezione:

– Infortuni

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati in polizza

– Assistenza – garanzia sempre operante

DEFINIZIONI	Pag.	4
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	"	12
SEZIONE ASSISTENZA	"	15

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

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

### **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.

### **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.

### **INTERVENTO CHIRURGICO**

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

guito 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.

### **PREMIO**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

### **RICOVERO**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

### **RISCHIO**

La probabilità che si verifichi il sinistro.

### **SCHEDE 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 C.C..

### 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 C.C..**

**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 due mesi 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 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/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 lesio-**

**ni (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. Sono esclusi i viaggi effettuati:**

- **su aeromobili di Società/Aziende di**

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

- lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di Aeroclubs;**
  - **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 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 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 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:

<b>Grado (%) di Invalidità accertata</b>	<b>Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata</b>
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

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 quadricipite 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%

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

### 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 esemplificati-**

**vo: 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 idroski, 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), scialpinismo 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 verifici durante gare e competizioni svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva;**
- 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.

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

#### **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 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 del C.C..**

#### **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.

#### **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.**

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

**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.** 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:

**VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE**

	<b>dx</b>	<b>sx</b>
• perdita totale, anatomica o funzionale:		
di un arto superiore della mano o dell'avambraccio del pollice dell'indice del medio dell'anulare del mignolo della falange ungueale del pollice di una falange di altro dito della mano	70%	60%
	60%	50%
	18%	16%
	14%	12%
	8%	6%
	8%	6%
	12%	10%
	9%	8%
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• anchilosi:		
della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole ma con immobilità della scapola del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	25%	20%
	20%	15%
	10%	8%
• paralisi completa:		
del nervo radiale del nervo ulnare	35%	30%
	20%	17%
• perdita totale anatomica o funzionale di:		
un arto inferiore al di sopra della metà della coscia al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba un piede ambedue i piedi		70%
		60%
		50%
		40%
		100%



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

	<b>dx</b>	<b>sx</b>
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 sottoastragala	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 metamera 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 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 del C.C. 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 assicura-**

to, 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;**

- 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

12 di 16

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

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'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 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%.**

#### **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 - assicu-

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

rerà **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.**

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

## SEZIONE ASSISTENZA

### BLUE SERVICE

Protezione Ragazzo offre gratuitamente i suoi servizi 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno.

Protezione Ragazzo offre il servizio "BLUE SERVICE" che fornisce le seguenti prestazioni gratuite di assistenza tramite una convenzione stipulata con ITALIANA ASSICURAZIONI.

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

<b>DALL'ITALIA</b>	<b>DALL'ESTERO</b>
<b>Numero Verde</b>	<b>Prefisso</b>
<b>800-042042</b>	<b>Internazionale</b>
	<b>011/742 55 99</b>

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;

15 di 16

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

- assistere l'Assicurato durante il trasferimento con personale medico e/o infermieristico, se 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 € 20.700,00 per Assicurato. 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.

**DALL'ITALIA**  
**Numero Verde**  
**800-042042**

**DALL'ESTERO**  
**Prefisso Internazionale**  
**011/742 55 99**