



Simply Overtarget

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI.

Il presente SET INFORMATIVO, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

SIMPLY OVER TARGET

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54227 - Ed. 01/2019



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

GLOSSARIO	Pag.	3
CONDIZIONI GENERALI	Pag.	5
SEZIONE INFORTUNI	Pag.	6
GARANZIE ACCESSORIE	Pag.	11
CONDIZIONE PARTICOLARE	Pag.	12



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

GLOSSARIO

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

ASSICURATO

La persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BENEFICIARI

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54226).

CONTRAENTE

La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni 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 una invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruenta.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri del benessere.**

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.



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

PROPOSTA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54225).

RICOVERO

Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

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 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Proposta se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

ART. 1.2 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.3 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 1.4 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui l'Assicurato raggiunge i 75 anni d'età. Inoltre, in caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

ART. 1.5 - RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Qualora sia esercitata tale facoltà la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. L'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui la Società liquida al 100% il capitale assicurato per Invalidità Permanente; l'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata tale condizione non costituisce deroga ed il premio medesimo verrà reso dalla Società.

ART. 1.6 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato che abbia in corso o che stipuli oltre al presente solo altre due assicurazioni con altre Società (escluse le coperture connesse con altri rapporti contrattuali es. c/c bancari, carte di credito etc.) per lo stesso rischio, è esonerato dall'obbligo di denunciarle.

Ulteriori assicurazioni per lo stesso rischio devono invece essere denunciate per iscritto alla Società che, entro 60 giorni da tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

L'Assicurato che dolosamente omette la dichiarazione di cui sopra decade dal diritto dell'indennizzo.

In caso di sinistro l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

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 qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



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

SEZIONE INFORTUNI

ART. 2.1 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali occorsi alla persona indicata nella Proposta modello INF54225.

Si intendono inoltre espressamente garantiti gli infortuni derivanti da:

- terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani. **Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani la somma assicurata è ridotta del 50%;**
- imperizia, imprudenza o negligenza anche se gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- stato di malore, infarto ed incoscienza;
- asfissia fortuita e avvelenamenti acuti;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore o di freddo;
- stato di guerra (dichiarata o non) **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 in un paese fino ad allora in pace;
- conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

La garanzia è inoltre operante:

- durante l'espletamento di attività sportive non professionistiche, svolte al di fuori dell'egida di Federazioni Sportive, i capitali assicurati non si intendono ridotti. **E' fatta eccezione per la pratica del calcio, calcetto e dello sci in genere per i quali i capitali si intendono in ogni caso ridotti al 50%;**
- durante l'espletamento **di attività sportive non professionistiche**, svolte sotto l'egida di Federazioni Sportive, **i capitali si intendono ridotti al 50%;** salvo che si tratti di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma e tennis per i quali i capitali si intendono comunque prestati al 100%.

Restano in ogni caso operanti le esclusioni di cui all'Art. 2.2 delle stesse condizioni.

ART. 2.2 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- 2) dalla pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- 3) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 4) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 5) da stato di ubriachezza quando l'Assicurato si trovi alla guida di mezzi di locomozione, dall'abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto disposto dal precedente Art.);
- 8) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- 9) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

Sono inoltre esclusi gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su:

- aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- aeromobili di Aereoclubs;
- apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio etc.).



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

ART. 2.3 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, 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 perciò restituito dalla Società.

ART. 2.4 - 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 di rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'Art. 1898 del Codice Civile.**

ART. 2.5 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza del contratto - entro 2 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 la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi del contratto per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 2.6 - 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) Valutazione del grado di invalidità permanente

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	6%
▪ un anulare	8%	6%
▪ un mignolo	12%	10%
▪ una falange ungueale del pollice	9%	8%
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

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

	Destro	Sinistro
Anchilosi:		
▪ della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
▪ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
▪ al di sopra della metà della coscia		70%
▪ al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%
▪ al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
▪ un piede		40%
▪ ambedue i piedi		100%
▪ un alluce		5%
▪ un altro dito del piede		1%
▪ la falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole		35%
▪ del ginocchio in estensione		25%
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica		15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno		
		15%
Esiti di frattura di una costa con callo deforme		
		1%
Esiti di frattura somatica amielica con deformazione a cuneo di:		
▪ una vertebra cervicale		12%
▪ una vertebra dorsale		5%
▪ 12a dorsale		10%
▪ una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo-cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		
		2%
Esiti di frattura del sacro con callo deforme		
		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		
		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
▪ un occhio		25%
▪ ambedue gli occhi		100%
Sordità completa di:		
▪ un orecchio		10%
▪ ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
▪ monolaterale		4%
▪ bilaterale		10%
Perdita anatomica:		
▪ di un rene		15%
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
Afonia (perdita totale della voce)		30%
(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		



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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa.

L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito di 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 per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

B) Liquidazione dell'indennizzo.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 10% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata, pertanto in caso di invalidità permanente accertata pari o inferiore al 10% non viene liquidato nessun indennizzo.

Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.

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

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

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

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'infortunio denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida ai beneficiari, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 2.9 "Criteri di indennizzabilità" e 2.7 "Denuncia dell'infortunio e Obblighi relativi", anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

ART. 2.7 - 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 assegnato il contratto 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.



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

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

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.**

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.

Le spese relative ai certificati medici e 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. 2.8 - 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.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

ART. 2.9 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui all'Art. 2.6 lettera A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 2.10 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 2.9, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, su accordo delle Parti, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con 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. 2.11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cura di cui alla garanzia accessoria.



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

GARANZIE ACCESSORIE

(Operanti solo se richiamate nella Proposta modello INF54225)

ART. 3.1 - 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 un contratto vita della "Serie Speciale" emessa dalla stessa - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo annuo iniziale indicato nella Proposta modello INF54225**. L'effetto del contratto 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 del contratto vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

ART. 3.2 - RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di contratto, **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);

b) dopo il ricovero:

- 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) anche 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;

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 € 520;

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.**

Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente Art., con uno scoperto del 20% con il minimo di € 75 per ogni infortunio. In caso di evento che comporti esiti invalidanti superiori al 10% lo scoperto previsto verrà rimborsato assieme all'indennizzo per Invalidità Permanente o Morte.

Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'Art. 2.7 delle Condizioni di Assicurazione.

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'Istituto di cura) fiscalmente regolari e quietanzate.



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

CONDIZIONE PARTICOLARE

(Operante solo se richiamata nella Proposta modello INF54225)

A) LIQUIDAZIONE INDENNIZZO CON FRANCHIGIA DEL 30%

In sostituzione di quanto indicato all'Art. 2.6 lettera B) Liquidazione dell'indennizzo, **si conviene che nel caso di invalidità permanente accertata di grado non superiore 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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54227



REALE GROUP

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

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