Infortuni cumulativa generica

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

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

INFORTUNI CUMULATIVA GENERICA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54211 – Ed. 01/2019

ITALIANA ASSICURAZIONI

GLOSSARIO Pag. 3

CONDIZIONI GENERALI Pag. 5

SEZIONE INFORTUNI Pag. 8
- Quando assicuriamo Pag. 8
- Cosa assicuriamo Pag. 10
- Cosa non assicuriamo Pag. 13
- Come avviene la liquidazione dell'indennizzo Pag. 14

CONDIZIONI PARTICOLARI Pag. 18

CONDIZIONI SPECIALI Pag. 20

TABELLE INAIL Pag. 24

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

GLOSSARIO

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

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

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

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

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile.

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

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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, cruente, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.

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

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

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

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

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, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

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

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle relative condizioni di esercizio, ovvero con riferimento alla delimitazione del rischio assicurato.
La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento **può comportare** - come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile - **la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo;** tale perdita è determinata **con riferimento alle voci della Tariffa adottata dalla Società al momento del sinistro.**

ART. 1.3 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'Art.1897 del Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

ART. 1.4 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. 1.5 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo Assicurato o della singola categoria di Assicurati oppure dall'intero contratto con preavviso di almeno 30 giorni.
In tal caso la Società rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso.
La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

ART. 1.7 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

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

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

ART. 1.8 ONERI FISCALI

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

ART. 1.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.10 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società, entro 30 giorni dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Se il Contraente dolosamente omette di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni, il diritto all'indennizzo decade.
In caso di sinistro il Contraente (o l'Assicurato) deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art.1910 del Codice Civile.

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 (indipendentemente 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.

ART. 1.12 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.
Qualora la presente polizza derivi dall'applicazione di un contratto di lavoro la norma si intende annullata.

ART. 1.13 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. 1.14 VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state affidate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.
In caso di alienazione dell'azienda o di parte dell'attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. Nel caso di fusione della Società Contraente il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nel caso di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione

sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla fine della liquidazione.
Le variazioni sopraindicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa entro 30 giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di 30 giorni.

ART. 1.15 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione vale per le persone designate in polizza ed **in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni** nel personale assicurato **devono essere comunicate per iscritto alla Società,** la quale ne prende atto con appendice al contratto. **L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice** purché sia stato pagato il maggior premio che risulti dovuto.
La cessazione dei singoli Assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio, a decorrere dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

ART. 1.16 LIMITE DI RISARCIMENTO

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di euro 3.000.000 intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto.

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 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:

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

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

Sono considerati infortuni anche:

- **l'asfissia fortuita** causata da fuga di gas o di vapore; gli **avvelenamenti acuti e fortuiti** da ingestione di cibo o altre sostanze; **le affezioni** conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- **l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni (esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qualora l'ernia non risulti operabile** secondo parere medico, **verrà corrisposta un'indennità non superiore al 10%** della somma assicurata per invalidità permanente totale - **qualora l'ernia sia operabile verrà 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 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, attentati e tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sono altresì compresi gli infortuni avvenuti durante:

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

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

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.

La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

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 con riduzione ed imputazione 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% (duepercento) 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.

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

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 MORTE

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

ART. 3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa - anche se successiva alla scadenza del contratto - si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, qualora i postumi siano già stati stabilizzati, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni e percentuali seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

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 ad euro 105.000	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre euro 105.000 fino ad 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

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

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 giorni 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 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.

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

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 in 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.

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

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 dell'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 allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, arrampicata libera (free climbing);**
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), tumulti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani;**
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 neuro psichiche: patologie cerebrali su base organica, disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

ART. 4.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

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

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

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 contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, **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 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 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 e, se operante, alla Condizione Particolare L), le percentuali previste 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.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con la dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

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

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

	dx	sx
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
▪ anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio tarsica ad angolo retto con achilosi della sottoastragalica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
▪ perdita totale della capacità uditiva di:		
un orecchio	10%	
ambedue gli orecchi	40%	
▪ stenosi nasale assoluta:		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
▪ esiti di frattura:		
scomposta somatica di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
- di una metamero sacrale	3%	
- di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
▪ perdita anatomica di un rene	5%	
▪ perdita anatomica della milza	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la parziale perdita della voce non è indennizzabile)		

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.
Tuttavia, se l'infortunato muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida ai beneficiari:
a) l'importo già concordato, o in alternativa,
b) l'importo offerto.
Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'infortunio denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida ai beneficiari, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 5.2 "Criteri di indennizzabilità" e 5.1 "Denuncia dell'infortunio e Obblighi relativi", anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

ART. 5.5 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'Art. 3.4.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

A) CLAUSOLA FRANCHIGIA - INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'Art. 3.2, 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.

B) MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa - per il solo caso di invalidità permanente - alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia.

L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento-infortunio, **ma con il massimo di euro 260.000 per singolo Assicurato**.

La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto

- **nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari o inferiore al 24%;**
- **se l'invalidità accertata è maggiore del 24%, la Società liquida un indennizzo pari al:**
  - **10% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 25% e il 32%;**
  - **25% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 33% e il 40%;**
  - **40% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 41% e il 50%;**
  - **55% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 51% e il 60%;**
  - **70% del capitale assicurato per invalidità comprese fra il 61% e il 75%;**
  - **100% del capitale assicurato per invalidità maggiori del 75%.**

La presente estensione di garanzia vale **a condizione che gli Assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.**

Il Contraente si impegna a trasmettere agli Assicurati l'obbligo di denunciare alla Società di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di invalidità verranno effettuati in Italia.

La Società prenderà in considerazione soltanto i sinistri che siano denunciati non oltre 30 giorni dalla scadenza contrattuale.

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, 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 (vedi Tabelle INAIL riportate nelle presenti Condizioni di Assicurazione), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto Art. 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.

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 descritte nella presente polizza. È 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**.

H) ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITÀ PREGRESSE
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **Viene tuttavia confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolate dalle Condizioni di Assicurazione.**
Inoltre, **qualora l'infortunato risulti "persona assicurabile con patto speciale"** (Art. 4.3) la garanzia è ugualmente operante, ma **l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.**

I) ESONERO APPLICAZIONE FRANCHIGIA SUL CAPITALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE
A parziale deroga dell'Art. 3.2, **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.

L) 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 Tabelle INAIL (Condizione Particolare D).

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

CONDIZIONI SPECIALI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

1) ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI (con obbligo di segnalazione)

a) Identificazione degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri di amministrazione tenuti obbligatoriamente per legge dal Contraente stesso, che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti.

b) Calcolo e regolazione del premio

(questa norma si applica qualora nell'arco della durata contrattuale fossero necessari inserimenti in garanzia di nuove unità)

Premesso che la Contraente dichiara che il numero degli iscritti, associati, tesserati o partecipanti per ogni categoria o gruppo al momento della stipulazione del contratto non supera il numero indicato in polizza e che su questi viene calcolato il premio iniziale, qualora nel corso del contratto la consistenza numerica debba essere incrementata con nuove unità in ingresso in garanzia, la Contraente dovrà darne comunicazione alla Società a mezzo raccomandata o fax da spedire all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

La garanzia, in deroga a quanto previsto all'Art. 1.4 (PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA) per questi nuovi ingressi partirà dalle ore 24 della data di spedizione della raccomandata o di ricezione del fax. Sulla scorta di queste comunicazioni **entro 15 giorni dal termine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, la Contraente è tenuta alla corresponsione della regolazione del relativo maggior premio** tenuto conto che:

- per polizze di durata annuale:
  - tutti coloro che entrano in garanzia nei primi sei mesi la Contraente pagherà il 100% del premio annuo;
  - tutti coloro che entrano in garanzia nei secondi sei mesi la Contraente pagherà il 50% del premio annuo.
- per polizze di durata inferiore all'anno:
  - tutti coloro che entrano in garanzia in corso di durata contrattuale dovranno il premio pattuito, in forma integrale.

Nel caso in cui l'Assicurato, nei termini previsti, non abbia effettuato il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto di quanto dovuto a completamento della regolazione stessa. In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, verranno liquidati in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

La Società ha diritto di effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire le documentazioni e i chiarimenti necessari.

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

2) ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

a) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio di cui al successivo punto b) si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualunque momento, assieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

b) Il tasso di premio viene pattuito nella misura indicata in polizza (allegato 2). Al premio risultante saranno aggiunti gli accessori e le tasse.

c) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato all'INPS quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.

d) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno; salvo per i rapporti di lavoro a tempo determinato, di durata inferiore ai dodici mesi, per i quali il capitale assicurato sarà rapportato alla effettiva retribuzione pattuita per la durata del contratto di lavoro stesso.

e) Il premio, convenuto in tutto o in parte in base ad elementi variabili (retribuzioni), viene anticipato in via provvisoria, come risulta nel conteggio contenuto in polizza e viene regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, a secondo delle variazioni intervenute in tali elementi durante lo stesso periodo, **fermo il premio minimo stabilito in polizza**.
Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società l'ammontare delle retribuzioni corrisposte al personale assicurato.
Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla relativa comunicazione della Società sull'ammontare dell'eventuale conguaglio, che si presume comunque effettuata entro 15 giorni dalla ricezione dei dati consuntivi dichiarati dal Contraente.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.
Nel caso in cui il Contraente, nei termini previsti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza di ogni periodo annuo di assicurazione fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, nel caso in cui il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta verranno liquidati in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti di ugual misura.

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

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.
Qualora il premio sia convenuto, anche in parte, in base alle mercedi e retribuzioni corrisposte al personale compreso nell'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro, il Contraente, per l'adempimento degli obblighi di cui al presente articolo, deve fornire alla Società fotocopia dell'apposito modulo - spedito dall'I.N.A.I.L. all'Assicurato con raccomandata - con il quale l'Istituto comunica il conteggio del premio definitivo e richiede al Contraente stesso versamento dell'importo dovuto in sede di "regolazione premi".
La Società ha il diritto di effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e/o controlli sulle documentazioni inerenti gli elementi variabili per il calcolo del premio, ispezioni per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire le documentazioni e i chiarimenti necessari.

3) CONDIZIONI DIRIGENTI INDUSTRIALI E COMMERCIALI (norme comuni)

A modifica ed integrazione delle Condizioni di Assicurazione, Particolari e Speciali di polizza, si conviene quanto segue:

a) è considerato infortunio professionale l'evento che, come tale, è previsto dal D.P.R. 30.6.1965 n. 1124.
b) In deroga a quanto previsto alla Condizione Speciale 2 lettera c), sono considerate "retribuzioni", oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al Dirigente nella misura convenzionalmente concordata.
c) La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dalle Condizioni di Assicurazione si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 n.1124 (vedi Tabelle INAIL riportate nelle presenti Condizioni di Assicurazione), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.
d) Ferme le franchigie stabilite, nel caso di invalidità permanente da infortunio e, limitatamente a dirigenti industriali anche in caso di invalidità permanente da malattia professionale come definita nella successiva Condizione Speciale 4), **di grado non inferiore al 50%**, accertato con i criteri di indennizzabilità fissati dalle Condizioni di Assicurazione e valutato in base alla Tabella di cui al precedente punto c, che renda obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro o la costituzione di un rapporto similare presso altra azienda anche eventualmente con diversa utilizzazione del dirigente in occupazioni confacenti alle sue attitudini, l'indennizzo dovuto sarà pari al 100% del capitale assicurato.

4) NORME PARTICOLARI – DIRIGENTI INDUSTRIALI- MALATTIE PROFESSIONALI

Limitatamente ai casi di morte e invalidità permanente l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'attività industriale esercitata dal Contraente dal D.P.R. 30.6.1965 n.1124 (T.U. Infortuni sul lavoro e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza) e **con franchigia relativa del 10%**. **È fatta eccezione per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono escluse dalla garanzia.**

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

Agli effetti della presente estensione di garanzia il Contraente dichiara che i dirigenti assicurandi non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farli ritenere affetti da qualsiasi malattia professionale; per eventuali ulteriori dirigenti da includere in polizza vale la medesima presunzione, salvo che il Contraente informi la Società sulle condizioni di salute dei singoli, per i quali dovrà comunque essere concordato un patto speciale.
Il periodo massimo per la valutazione del danno è stabilito in due anni dal giorno della denuncia della malattia.
Questa assicurazione ha termine contemporaneamente alla cessazione della garanzia relativa al rischio "infortuni".

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

TABELLE INAIL (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 - Allegato n. 1)

Relativamente alla garanzia "INVALIDITÀ PERMANENTE" e con riferimento a quanto indicato nelle Condizioni Particolari lettera D), la Società calcola l'indennizzo secondo il grado di invalidità valutato con le percentuali di cui alle "Tabelle Inail" qui di seguito riportate, rinunciando all'applicazione della "franchigia relativa" prevista dalla legge.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)

Descrizione	Percentuali		
	Destro		Sinistro
▪ Sordità completa di un orecchio		15%	
▪ Sordità completa bilaterale		60%	
▪ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
▪ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi la tabella seguente)

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.

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

5. In caso di afachia monolaterale:
   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
   - con visus corretto di 7/10 18%
   - con visus corretto di 6/10 21%
   - con visus corretto di 5/10 24%
   - con visus corretto di 4/10 28%
   - con visus corretto di 3/10 32%
   - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Descrizione	**Percentuali**	
	Destro	**Sinistro**
▪ Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
▪ Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
▪ Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
▪ Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
▪ Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
▪ Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
▪ Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo–omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo–omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
▪ Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo–omerale	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%

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

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
▪ Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
▪ Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
▪ Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
▪ Perdita delle due ultime 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 flessione massima o quasi	55%	50%
▪ 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%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione radio–carpica in estensione rettilinea	18%	15%
▪ Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione		
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 rende 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%	

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

Descrizione	Percentuali	
	Destro	**Sinistro**
▪ 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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. INF54211

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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