



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

OVERTARGET

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54141 – Ed. 01/2019



GLOSSARIO	Pag.	4
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag.	6
GARANZIE ACCESSORIE	Pag.	12
CONDIZIONE PARTICOLARE	Pag.	13



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.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/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

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, oggettivamente 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 cruento.

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 comunque 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).

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dall'Assicurato alla Società.



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

RICOVERO

Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione delle parti.

SINISTRO

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

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 1.1 MODIFICHE CONTRATTUALI

Sono consentite solo con appendice qualora non vi siano cambiamenti di somme, premi o garanzie, diversamente è necessaria la sostituzione del contratto.

ART. 1.2 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 i 75 anni di età. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

ART. 1.3 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 Codice Civile.

ART. 1.4 RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del 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. 1.5 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali occorsi alla persona indicata nella scheda di polizza.

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;



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

- 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. **È 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, 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. 1.6 delle stesse condizioni.

ART. 1.6 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 articolo);
- 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.).

ART. 1.7 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. 1.8 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 Codice Civile.**



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

ART. 1.9 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - 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 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 di polizza per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 1.10 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%
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-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
▪ paralisi completa		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%



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

	Destro	Sinistro
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un arto inferiore al di sopra della metà della coscia		70%
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
un piede		40%
ambedue i piedi		100%
un alluce		5%
un altro dito del piede		3%
▪ anchilosi		
dell'anca in posizione favorevole		35%
del ginocchio in estensione		25%
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosidella sottoastragalica		15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
▪ perdita totale anatomica o funzionale di:		
un occhio		25%
ambe due 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%
– 12a dorsale		10%
– una vertebra lombare		10%
– un metamero sacrale		3%
– un metamero coccigeo con callo deforme		5%
▪ postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
▪ perdita anatomica di un rene		15%
▪ perdita anatomica della milza		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 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 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. 1.13 "Criteri di indennizzabilità" e 1.11 "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. 1.11 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, **deve essere fatta per iscritto** all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società **entro 3 giorni dall'infortunio** o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuta la possibilità.

Successivamente l'Assicurato 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 famigliari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.



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

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. 1.12 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. 1.13 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. 1.10 lettera A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 1.14 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 1.13, **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. 1.15 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 2.2.

ART. 1.16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



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

GARANZIE ACCESSORIE

(Operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

ART. 2.1 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 una polizza vita della "Serie Speciale" emessa dalla Società - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo iniziale indicato nella scheda di polizza.** L'effetto della polizza vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

ART. 2.2 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 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);

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 euro 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 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.**

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. 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.1.11 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 scheda di polizza)

A) Liquidazione indennizzo con franchigia del 30%

In sostituzione di quanto indicato all'articolo 1.10 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.**

Nei 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. INF54141



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 un 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.



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.



Semplicemente IPM

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PERDITA
DELL'INTEGRITÀ FISICA A SEGUITO DI MALATTIA.

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

SEMPLICEMENTE I.P.M.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54233 - Ed. 01/2019



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

GLOSSARIO	Pag. 3
CONDIZIONI GENERALI	Pag. 4
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	Pag. 5
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	Pag. 8
TABELLE INAIL	Pag. 9

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.

CAPITALE ASSICURATO

L'importo indicato sulla Proposta modello INF54231 e sul Certificato di Assicurazione modello INF54232.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54232).

CONTRAENTE

La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA

Parte del danno 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 all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, **indipendentemente dalla professione esercitata.**

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato **non dipendente da infortunio.**

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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 INF54231).

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 del giorno indicato nella Proposta modello INF54231 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati 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, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.2 - PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Il presente documento modello INF54233, il Certificato di Assicurazione modello INF54232 e la Proposta di Assicurazione modello INF54231 sono i documenti che costituiscono le prove delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto sottoscritto.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni.

Nel caso in cui il contratto abbia come Contraente una "Persona Fisica", la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni, qualora le somme assicurate con altri contratti stipulati dallo stesso Assicurato, superino complessivamente il 50% di quelle garantite con il presente contratto.

In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 1.4 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.5 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.6 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale indicata nella Proposta modello INF54231, senza necessità di disdetta. In caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto.



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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 2.1 - RISCHIO ASSICURATO

In caso di invalidità permanente che:

- sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- si verifichi non oltre un anno dalla scadenza del contratto;

la Società assicura il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza del capitale assicurato secondo i criteri stabiliti dall'Art. 2.6.

ART. 2.2 - MASSIMO INDENNIZZO

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.

Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato.

ART. 2.3 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società valuta il grado di invalidità permanente derivante direttamente ed esclusivamente dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'assicurazione nonché a mutilazioni o difetti fisici.

Comunque nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'Assicurato venga colpito, in tempi diversi, da più invalidità permanenti conseguenti a malattie non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di invalidità permanente complessivamente raggiunto. Tuttavia qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta senza considerare le invalidità conseguenti alle singole malattie di grado inferiore al 10% della totale.

Dall'indennizzo spettante per il grado di invalidità permanente così accertato viene detratto l'importo corrisposto per le invalidità permanenti precedentemente liquidate.

Il grado di invalidità permanente indennizzabile a seguito di uno o più sinistri, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il grado di invalidità permanente viene valutato in un periodo compreso fra i 6 mesi e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e della certificazione medica attestabile il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata e applicando la tabella riportata nell'Appendice 1 (allegato 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/6/65 Tabelle INAIL).

Nei casi di invalidità permanente non previsti dalle suddette tabelle la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia denunciata e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

ART. 2.4 - LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società.



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

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

ART. 2.5 - ESCLUSIONI

La Società rinuncia, al momento della stipulazione del contratto, a richiedere all'Assicurato dichiarazioni relative al suo stato di salute, comunque la garanzia non vale per le invalidità permanenti:

- preesistenti alla stipulazione del contratto;
- determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.

L'assicurazione non comprende inoltre le invalidità permanenti conseguenti a:

- 1) abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- 2) patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;
- 3) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 4) sieropositività da virus H.I.V.;
- 5) malattie professionali elencate nel D.P.R. 13.04.1994 n. 336;
- 6) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale;
- 7) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- 8) guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ART. 2.6 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

1) Fermo restando quanto previsto dagli articoli 2.1 e 2.3 si conviene che:

- a) se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;
- b) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiori al 25% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 e oltre	100
64	67		

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

Tuttavia, se l'Assicurato muore - per cause indipendenti dalla malattia denunciata - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

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

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

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalla malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 2.3 "Valutazione del grado di Invalidità Permanente" e 3.1 "Denuncia" anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dagli eredi o aventi causa, 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.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 3.1 - DENUNCIA

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare la malattia all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, entro 30 giorni da **quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare una invalidità permanente**, di qualsiasi grado, anche se non maggiore della franchigia.

Con la denuncia deve essere fornita la certificazione medica sulla natura delle infermità.

ART. 3.2 - DOCUMENTAZIONE MEDICA

L'Assicurato deve:

- **inviare periodicamente** alla Società **informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato;
- **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati;
- **fornire** alla Società **certificato di guarigione clinica** od equivalente dichiarazione;
- **presentare**, trascorsi 180 giorni **ma non oltre 18 mesi dalla data della denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente** direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata. **Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

ART. 3.3 - DATA DEL SINISTRO

Data del sinistro è il giorno in cui è stata denunciata la malattia secondo quanto previsto dall'Art. 3.1.

ART. 3.4 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società, ricevuta la documentazione indicata all'Art. 3.2 e compiuti gli accertamenti del caso come da Art. 2.3, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

ART. 3.5 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di Istituto Universitario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, più vicino alla 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3.6 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dalle Condizioni che regolano la denuncia, la liquidazione dei sinistri e le Controversie - il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnato il contratto.

ART. 3.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.



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

APPENDICE N. 1

TABELLE DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (TABELLE INAIL)

(Allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965)

DESCRIZIONE

	PERCENTUALI	
	DX	SX
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)		

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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.
- 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.



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

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	DX	SX
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	
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	
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	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista l'immobilità della scapola	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



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

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	DX	SX
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchoriosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchoriosi 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 aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzabile con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale, la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.

Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.



BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54233



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.