



Tandem Futuro *Free*

ASSICURAZIONE INFORTUNI.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE TANDEM FUTURO FREE

Mod. INF54401
Ed. 09/2025
Rist. 04/2026

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA - lun - sab: 8-20	800 101 313
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore - 7 giorni su 7	800 042 042

AREA RISERVATA



All'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze.
È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Le polizze infortuni e malattia rappresentano strumenti di protezione pensati per offrire un supporto economico in caso di eventi che possano compromettere la salute o l'integrità fisica di una persona. Questi eventi possono avere conseguenze rilevanti sulla vita quotidiana, sul lavoro e sul benessere personale.

In questo ambito si inserisce **Tandem Futuro Free**, una polizza assicurativa che consente di costruire una copertura su misura, scegliendo tra diverse garanzie attivabili in caso di infortunio o malattia. A queste si affiancano prestazioni di tutela legale e assistenza alla persona, per offrire una protezione più ampia e integrata.

La struttura della polizza si articola in quattro sezioni principali:

- **infortuni**, con garanzie come il capitale in caso di morte, l'indennizzo per invalidità permanente (con diverse soglie di franchigia), il rimborso delle spese mediche sostenute, la rendita vitalizia e indennità giornaliera per ricovero, convalescenza, immobilizzazione o inabilità temporanea.
- **malattie**, che prevede garanzie per invalidità permanente da malattia (inclusi eventi gravi come ictus o infarto), rendita vitalizia e inabilità temporanea. Le indennità giornaliera per ricovero e convalescenza operano sia in caso di malattia, sia in caso di infortunio, offrendo una protezione trasversale;
- **tutela legale**, che garantisce supporto giuridico, anche in ambito di circolazione stradale;
- **assistenza**, con prestazioni attivabili in caso di necessità legate alla salute o alla gestione dell'emergenza.

La polizza può essere configurata liberamente, attivando almeno una sezione tra infortuni e malattie.

Il prodotto si completa con una componente di servizi non assicurativi sempre operanti accessibili tramite la piattaforma online dedicata, attraverso l'Area Riservata di Italiana Assicurazioni o l'APP Italiana Assicurazioni Mobile.



All'interno delle condizioni di *assicurazione* sono presenti dei box di consultazione che indicano gli aspetti più importanti, le precisazioni utili sull'*assicurazione* e spiegazioni di temi complessi. Il testo contenuto nel box ha solo una finalità esplicativa e non ha valore contrattuale.

Nota bene:

- i termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato nel glossario delle condizioni di *assicurazione*;
- le parti in grassetto devono essere lette attentamente dal *contraente/assicurato*.

INDICE

INTRODUZIONE	2
GLOSSARIO	9
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	13
 1 CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	13
1.1 Cambio di <i>residenza/domicilio</i>	13
1.2 Altre assicurazioni.	13
1.3 <i>Assicurazione</i> per conto altrui	14
1.4 Aggravamento di rischio – cambiamento dell'attività professionale	14
1.5 Come comunicare con Italiana Assicurazioni	15
1.6 Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio	15
 2 DURATA DELLA COPERTURA	15
A) Quando comincia la copertura e quando finisce	15
B) Poliennalità per <i>invalidità permanente</i> da <i>malattia</i> , ictus o infarto, <i>invalidità permanente grave</i> e <i>rendita vitalizia</i> da <i>malattia</i>	16
C) Gestione annuale limiti di età.	16
 3 COME POSSO DISDIRE E RECEDERE DALL' <i>ASSICURAZIONE</i>	16
3.1 Disdetta.	16
3.2 Recesso	17
A) Recesso per <i>sinistro</i>	17
B) Recesso in caso di <i>vendita a distanza</i>	17
 4 QUANDO E COME DEVO PAGARE	17
4.1 Indicizzazione dell' <i>assicurazione</i>	17
4.2 Incremento del <i>premio</i> per età.	18
4.3 Oneri fiscali.	18
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	19

i	6 ALTRE INFORMAZIONI	19
	6.1 Controversie – valutazione collegiale ed arbitrato irrituale	19
	6.2 Foro competente	20
	6.3 Rinuncia alla rivalsa	20
	SEZIONE INFORTUNI	21
	7 CHE COSA È ASSICURATO	21
	7.1 Morte da <i>infortunio</i>	21
	7.2 <i>Invalidità permanente da infortunio</i>	21
	7.2.1 Tipologia di <i>franchigia</i>	22
	7.2.2 Assorbimento della <i>franchigia</i>	24
	7.2.3 <i>Indennizzo totale</i>	24
	7.2.4 Garanzia aggiuntiva - opzione super liquidazione	24
	7.3 <i>Invalidità permanente da infortunio franchigia 25%</i>	24
	7.4 <i>Invalidità permanente grave da infortunio</i>	26
	7.5 Rendita vitalizia da <i>infortunio</i>	26
	7.6 Rimborso spese di cura da <i>infortunio</i>	27
	7.6.1 Spese sostenute durante e dopo il <i>ricovero</i>	27
	7.6.2 Spese sostenute in assenza di <i>ricovero</i>	27
	7.6.3 Violenza fisica, violenza sessuale o stalking	28
	7.7 Diaria per <i>ricovero</i> da <i>infortunio</i>	28
	7.8 Diaria post <i>ricovero</i> da <i>infortunio</i>	28
	7.9 Diaria da immobilizzazione	29
	7.10 Diaria per <i>inabilità temporanea da infortunio</i>	29
	7.11 Altre garanzie sempre operanti della sezione <i>infortuni</i>	30
	A) <i>Indennizzo forfettario per mancata frequenza ai corsi di istruzione</i>	30
	B) <i>Indennizzo forfettario per contagio da virus H.I.V.</i>	30
	8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	31
	8.1 Ambito di copertura	31
	8.2 Rischi assicurati con particolari delimitazioni	31
	8.3 Rischi sportivi	31

	A) Rischi sportivi inclusi con limitazioni	31
	B) Rischi sportivi esclusi	32
	9 CHE COSA NON È ASSICURATO	33
	9.1 Non assicurabilità	33
	9.2 Cessazione dell' <i>assicurazione</i>	33
	9.3 Persone assicurabili con patto speciale	33
	9.4 Non indennizzabilità	33
	10 TABELLA RIASSUNTIVA DI <i>LIMITI, FRANCHIGIE, E/O SCOPERTI</i>	35
	11 COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	36
	11.1 Criteri di indennizzabilità	36
	11.2 Lesioni speciali	36
	11.3 Denuncia dell' <i>infortunio</i> - Obblighi dell' <i>assicurato</i>	37
	11.4 Data del <i>sinistro</i>	39
	11.5 Liquidazione e pagamento	39
	SEZIONE MALATTIE	42
	12 CHE COSA È ASSICURATO	42
	12.1 <i>Invalidità permanente da malattia</i>	42
	12.2 <i>Invalidità permanente da ictus o infarto</i>	43
	12.3 <i>Invalidità permanente grave da malattia</i>	44
	12.4 Rendita vitalizia da <i>malattia</i>	44
	12.5 Diaria per <i>ricovero</i> completa	45
	12.6 Diaria post <i>ricovero</i> completa	45
	12.7 Diaria per <i>inabilità temporanea da malattia</i>	45
	13 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	46
	13.1 Rischi assicurati con particolari delimitazioni	46
	14 CHE COSA NON È ASSICURATO	47
	14.1 Esclusioni	47
	14.2 Carenze	48
	14.3 Sostituzione dell' <i>assicurazione</i>	48

	15	TABELLA RIASSUNTIVA DI <i>LIMITI, FRANCHIGIE, E/O SCOPERTI</i>	49
	16	COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	50
	16.1	Criteri di indennizzabilità.....	50
	16.2	Denuncia del <i>sinistro</i> – Obblighi dell' <i>assicurato</i>	50
	16.3	Data del <i>sinistro</i>	51
	16.4	Liquidazione e pagamento	51
	16.5	Limite di <i>indennizzo</i>	52

SEZIONE TUTELA LEGALE.....53

	17	CHE COSA È ASSICURATO	53
	17.1	Tutela legale	54
	17.2	Garanzia facoltativa - Ambito circolazione stradale.....	54
	17.3	Unico <i>sinistro</i>	54
	18	COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.....	55
	18.1	Inizio e termine della garanzia.....	55
	18.2	Insorgenza del <i>sinistro</i>	55
	18.3	Validità territoriale	55
	19	CHE COSA NON È ASSICURATO	56
	20	COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	58
	20.1	Gestione del <i>sinistro</i> , scelta dell'avvocato e pagamento delle spese	58
	20.2	Quali obblighi ha l' <i>assicurato</i>	58
	20.3	Recupero delle somme.....	59
	20.4	Operatività delle garanzie in presenza di polizza di responsabilità civile	59
	20.5	Come denunciare un <i>sinistro</i>	59
	20.6	Disaccordo con arag in merito alla gestione del <i>sinistro</i> e conflitto di interessi.....	59

SEZIONE ASSISTENZA

	21	CHE COSA È ASSICURATO	61
	21.1	Assistenza	61
	21.1.1	Prestazioni presso la <i>residenza</i>	61
	21.1.2	Prestazioni nel corso di un viaggio	63

	22	CHE COSA NON È ASSICURATO	65
	23	COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	66
	23.1	Obblighi dell' <i>assicurato</i>	66
	23.2	Mancato utilizzo delle prestazioni.	66
	23.3	Restituzione di biglietti di <i>viaggio</i>	66
SERVIZI NON ASSICURATIVI			67
	24	SERVIZI NON ASSICURATIVI SEMPRE OPERANTI	67
	24.1	Accesso al network di Blue Assistance	67
APPENDICE 1 - NORME RICHIAMATE NELL' <i>ASSICURAZIONE</i>			68
APPENDICE 2 - SEZIONE <i>INFORTUNI</i> – TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI <i>INVALIDITÀ</i> <i>PERMANENTE</i> (ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30.6.1965, N. 1124)			72
APPENDICE 3 - Elenco attività professionali per classe di rischio <i>infortuni</i>			75
APPENDICE 4 - Gravi patologie			77
APPENDICE 5 - Tabelle di incremento del premio per età			81
APPENDICE 6 – Lettera di disdetta			86

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Descrizione delle garanzie previste dal prodotto.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Funzionamento di alcune garanzie, con eventuale indicazione del loro perimetro di applicazione, delle limitazioni e dei casi in cui non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Indicazione di quali persone o beni non possono essere assicurati e quali eventi sono esclusi dalla *polizza*.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepilogo per ogni singola garanzia di *limiti di indennizzo*, *franchigie* e scoperti.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Procedura per la denuncia di *sinistro*, contatti di riferimento, documentazione da consegnare, tempistiche di accertamento del *sinistro* e liquidazione dell'*indennizzo*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI CONTRAENTE/ASSICURATO

Obblighi del *contraente/assicurato* sia al momento dell'acquisto, sia durante tutta la durata del contratto.



COME POSSO DISDIRE/RECEDERE DALL'ASSICURAZIONE

Modalità di scioglimento del contratto.



QUANDO E COME DEVO PAGARE

Modalità di pagamento dei *premi* e altre informazioni che possono influire sul *premio di polizza*.



DOVE VALE LA COPERTURA

Paesi in cui sono valide le singole garanzie.



ALTRE INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni presenti solo nella Sezione del contratto denominata "Norme comuni a tutte le garanzie".

GLOSSARIO

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato di seguito.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione composto da *condizioni di assicurazione* e *scheda di polizza*, ed eventuali documenti aggiuntivi indicati in *scheda di polizza*.

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. Se l'*assicurato* non ha designato i beneficiari, questi sono gli eredi legittimi o testamentari.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A è la società di servizi, parte di Reale Group, che provvede per conto di Italiana Assicurazioni alla liquidazione dei *sinistri* delle seguenti garanzie della sezione *malattie*: Diaria per *Ricovero* Completa, Diaria post *Ricovero* Completa e Diaria per *Inabilità temporanea da malattia*.

Blue Assistance gestisce inoltre le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'Estero.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, che contiene:

- le generalità dell'*assicurato*;
- l'anamnesi patologica prossima e remota;
- il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami, il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance S.p.A.*, che eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questo documento.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'*assicurazione* con Italiana Assicurazioni e paga il *premio*.

COSTITUZIONE DI PARTE CIVILE

La richiesta di risarcimento danni, nel processo penale, da parte di chi ha subito il reato.

DANNO ESTETICO

Deturpazione fisica obiettivamente constatabile.

DAY HOSPITAL

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico e documentata da *cartella clinica*.

DOMICILIO

Il luogo in cui l'*assicurato/contraente* stabilisce la sede principale dei propri affari o interessi se persona fisica. Se persona giuridica il luogo in cui ha sede lo stabilimento dal quale esercita l'attività d'impresa.

FASE GIUDIZIALE

La fase della *vertenza* che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

FASE STRAGIUDIZIALE

La fase della *vertenza* finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria (es. mediazione).

FRANCHIGIA / SCOPERTO

La parte del danno che rimane a carico dell'*assicurato*.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INDENNIZZO

Somma che Italiana Assicurazioni paga in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le malattie da decompressione;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da *malattia*;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.



Esempio di *infortunio*

- a. L'*assicurato* mentre si trova a casa viene punto da un insetto velenoso. La puntura provoca una reazione allergica che richiede delle cure mediche. Poiché la puntura è un *evento* esterno e violento e la reazione allergica è una lesione visibile e imprevista, l'evento si configura come *infortunio* e Italiana Assicurazioni rimborsa le spese di cura che l'*assicurato* sostiene con le modalità previste.
- b. L'*assicurato* soffre di forti dolori muscolari a causa dell'esercizio di un'attività sportiva continuativa. A seguito di accertamenti medici emerge che i dolori sono conseguenza di un deterioramento del tessuto muscolare per usura. Anche se la lesione muscolare è obiettivamente constatabile, l'assenza di un evento violento ed esterno non la configura come *infortunio*. Per questo motivo Italiana Assicurazioni non paga alcun *indennizzo*.

INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE

Infortunio che si verifica nello svolgimento da parte dell'*assicurato* di attività che non abbiano carattere di professionalità.

INFORTUNIO PROFESSIONALE

Infortunio che si verifica durante lo svolgimento da parte dell'*assicurato* delle attività professionali (principali e secondarie), è ricompreso l'*infortunio* in itinere determinato mediante i criteri individuati dall'INAIL.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.

Non sono considerati interventi chirurgici, anche se effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita permanente della capacità generica dell'*assicurato* a svolgere qualsiasi lavoro. La perdita può essere parziale o totale.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*assicurato* che non dipende da *infortunio*.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipula dell'*assicurazione*.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale Italiana Assicurazioni presta la garanzia.

NETWORK DI BLUE ASSISTANCE

La rete di strutture e professionisti convenzionati con *Blue Assistance* s.p.a. che forniscono prestazioni a tariffe agevolate.

PIATTAFORMA ONLINE DEDICATA

Piattaforma a disposizione dell'*assicurato*, di proprietà di Blue Health Center S.r.l. parte di Reale Group, accessibile tramite l'area riservata di Italiana Assicurazioni o l'app Italiana Assicurazioni mobile in cui l'*assicurato* può usufruire dei servizi non assicurativi sempre operanti.

Resta inteso che Italiana Assicurazioni si riserva facoltà di cambiare la piattaforma nel corso della durata della polizza, previa comunicazione al *contraente*.

PREMIO

Somma dovuta dal *contraente* a Italiana Assicurazioni.

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un *intervento chirurgico*; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

RESIDENZA

Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'*assicurato* ha stabilito la sua dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital/day surgery*.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *contraente* e quelli necessari alla gestione dell'*assicurazione*, le dichiarazioni e le scelte del *contraente*, i dati identificativi del rischio, la *somma assicurata*, il *premio* e la sottoscrizione delle *parti*.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

SOMMA ASSICURATA

Somma indicata nella *scheda di polizza* da utilizzare per il calcolo dell'*indennizzo*.

SPAZIO ECONOMICO EUROPEO

Lo Spazio Economico Europeo (SEE) comprende tutti i paesi dell'Unione Europea (UE) e Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

SPESE DI GIUSTIZIA

Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

SPESE DI SOCCOMBENZA

Le spese legali o peritali che una parte deve versare all'altra per decisione del giudice.

SPORT ESTREMO

Sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano.

SPORT PROFESSIONISTICI / PRATICA A TITOLO PROFESSIONISTICO DI SPORT

Sport svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributi di qualunque natura e che siano praticati nell'ambito di discipline ed Enti riconosciuti dal C.O.N.I..

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

Insieme di trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero della funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento ad una distanza superiore a 50 km al di fuori del comune di *residenza* o soggiorno dell'*assicurato*.

VENDITA A DISTANZA

Modalità di stipula dell'*assicurazione* senza la presenza fisica e simultanea delle parti.

VERTENZA

Il conflitto di pretese tra *assicurato* e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie coperte dall'*assicurazione*.

I riferimenti ad articoli di legge indicati nella presente Sezione e nel resto del testo contrattuale sono richiamati all'Appendice 1 - NORME RICHIAMATE NELL'ASSICURAZIONE.

1. CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI *CONTRAENTE/ASSICURATO*



1.1 CAMBIO DI *RESIDENZA/DOMICILIO*

A) Il *contraente/assicurato* prende atto che il dato relativo alla sua *residenza* o *domicilio* è elemento rilevante ai fini della corretta valutazione del rischio e della conseguente determinazione del *premio*; pertanto, si impegna a comunicare a Italiana Assicurazioni ogni variazione della sua *residenza/domicilio* entro 30 giorni.

B) In aggiunta a quanto previsto al punto A), se il trasferimento del domicilio è all'estero:

Se al di fuori dello *Spazio Economico Europeo*:

il contratto si risolve a partire dalla data della comunicazione in quanto Italiana Assicurazioni non è autorizzata a prestare la copertura. Se il *contraente/assicurato* non comunica la variazione il contratto si risolve dalla data nella quale il *contraente/assicurato* ha modificato il proprio domicilio.

Italiana Assicurazioni rimborsa la parte di premio non goduta, al netto delle imposte.

Se il trasferimento avviene all'interno dello *Spazio Economico Europeo*:

L'assicurazione è condizionata all'autorizzazione di Italiana Assicurazioni ad operare nel paese di destinazione e che ivi disponga di rappresentanza fiscale.

Pertanto nel caso in cui, al momento del trasferimento del *domicilio* del *contraente/assicurato*, Italiana Assicurazioni non fosse autorizzata ad operare nel paese di destinazione o non disponesse di rappresentanza fiscale, il contratto è risolto con effetto dalla data del trasferimento del *domicilio*.

Italiana Assicurazioni si impegna a comunicare il verificarsi della condizione risolutiva entro 30 giorni dalla data della comunicazione del trasferimento del *domicilio* o da quando viene a conoscenza del trasferimento.

In caso di risoluzione del contratto Italiana Assicurazioni rimborsa la parte di *premio* non goduta, al netto delle imposte.

Se invece l'*assicurazione* prosegue, il trasferimento di *residenza* o *domicilio* potrebbe in ogni caso comportare ulteriori oneri a carico del *contraente*, se previsti dalla normativa vigente nello Stato estero di nuova *residenza* o *domicilio*, pertanto, Italiana Assicurazioni può richiedere al *contraente* il rimborso degli oneri eventualmente sostenuti a causa del trasferimento.

1.2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *contraente* o l'*assicurato* deve comunicare a Italiana Assicurazioni l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per il rischio *infortunio*.

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.



Esempio di applicazione dell'art. 1910 del Codice civile

Se ricorrono le seguenti condizioni:

- 1) al momento della sottoscrizione l'*assicurato* ha già un'altra assicurazione presso una diversa compagnia per il rischio *infortunio*;
 - 2) entrambe le polizze coprono il medesimo rischio, per esempio rimborso spese di cura e *invalidità permanente*;
 - 3) l'*assicurato* denuncia un *sinistro* a Italiana Assicurazioni senza dare notizia di avere un'altra copertura;
- Italiana Assicurazioni, riscontrato il difetto di comunicazione della presenza di altre *assicurazioni*, non procede a pagare l'*indennizzo*.

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se l'*assicurazione* è stipulata per conto altrui, il *contraente* deve adempiere a tutti gli obblighi derivanti dalla polizza, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere rispettati che dall'*assicurato*, così come previsto dall'art. 1891 del Codice civile.

1.4 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

A) Il *contraente* o l'*assicurato* deve dare comunicazione scritta a Italiana Assicurazioni di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.

In caso di *sinistro*, la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare – come previsto dall'art. 1898 del Codice civile – la perdita totale o parziale del diritto di *indennizzo*.

B) In particolare, per le garanzie della Sezione *Infortuni*, se l'*infortunio* si verifica durante svolgimento di un'attività professionale diversa da quella indicata nella *scheda di polizza*, l'*indennizzo* spettante è pagato:

- in misura integrale, se all'attività svolta al momento del *sinistro* corrisponde una classe professionale uguale o inferiore a quella dichiarata;
- nella percentuale indicata nella tabella sottostante, se all'attività svolta al momento del *sinistro* corrisponde una classe professionale più elevata.

		Attività indicata nella <i>scheda di polizza</i>		
		Classe A	Classe B	Classe C
Attività al momento del <i>sinistro</i>	Classe A	=	=	=
	Classe B	80%	=	=
	Classe C	60%	80%	=

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall'Appendice 3.

Salvo quanto indicato al presente punto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice civile.

1.5 COME COMUNICARE CON ITALIANA ASSICURAZIONI

Il **contraente/assicurato** per comunicare con Italiana Assicurazioni deve inviare le comunicazioni ai seguenti indirizzi, ad eccezione dei casi esplicitamente previsti:

- **raccomandata A/R:** Italiana Assicurazioni S.p.A Via Marco Ulpio Traiano, 18, 20149 Milano;
- **PEC:** italiana@pec.italiana.it.

1.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il contratto è stipulato ed il relativo **premio** è determinato sulla base delle dichiarazioni rese dal **contraente o dall'assicurato** e riportate nella **scheda di polizza**. Il **contraente o l'assicurato** devono fornire dichiarazioni precise e veritiere in fase di stipulazione, in caso contrario le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a elementi che influiscono sulla valutazione del rischio, possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'**indennizzo**, e la cessazione dell'**assicurazione** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.



Esempio di dichiarazioni inesatte e reticenti

Il **contraente** sottoscrive la polizza Tandem Futuro Free scegliendo le seguenti garanzie: rimborso spese di cura, *invalidità permanente da infortunio* e morte.

Quando stipula l'**assicurazione**, il **contraente** dichiara di non essere affetto da alcolismo, anche se consapevole del contrario, e paga regolarmente il **premio**.

In seguito, a causa di un *infortunio* derivante da *sinistro* stradale il **contraente/assicurato** muore.

Nel corso degli accertamenti per il pagamento dell'**indennizzo** emerge che il **contraente**, a differenza di quanto dichiarato al momento della sottoscrizione, era affetto da alcolismo, che è motivo di esclusione.

Di conseguenza Italiana Assicurazioni:

- venuta a conoscenza che il **contraente** ha fornito dichiarazioni reticenti al momento della stipula dell'**assicurazione**;
 - tenuto conto che le dichiarazioni reticenti influiscono nella valutazione del rischio;
- trattiene il **premio** relativo al periodo di **assicurazione** in corso al momento del *sinistro* e non paga l'**indennizzo**.

2. DURATA DELLA COPERTURA



A) QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

L'**assicurazione** è attiva dalle ore 24 del giorno:

- indicato nella **scheda di polizza** se il **premio** o la prima rata di **premio** sono stati pagati;
- di pagamento del **premio** se successiva a quella indicata nella **scheda di polizza**.

In caso di mancato pagamento dei **premi** successivi al primo, le garanzie sono comunque attive fino alle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla scadenza dell'**assicurazione**. In caso di ulteriore mancato pagamento oltre a tale termine l'**assicurazione** resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.

In caso di pagamento del **premio** dopo 60 giorni successivi alla scadenza di ogni rata del contratto, decorrono nuovamente i termini di carenza previsti all'art.14.2.

Se nella casella "tacito rinnovo" della **scheda di polizza** è indicata la risposta "SI" e non viene inviata la disdetta

entro 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è rinnovata per un anno e così via a ogni scadenza successiva, altrimenti l'*assicurazione* cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nella *scheda di polizza*.

B) POLIENNALITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA, ICTUS O INFARTO, INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA E RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Il *contraente* può scegliere una durata poliennale se in polizza sono presenti solo le garanzie: *invalidità permanente da malattia, invalidità permanente grave da malattia, invalidità permanente da ictus o infarto o rendita vitalizia da malattia*.

In questo caso, il *contraente* può recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, in caso contrario l'*assicurazione* cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nella *scheda di polizza*.

C) GESTIONE ANNUALE LIMITI DI ETÀ

Per i contratti con tacito rinnovo, ad ogni scadenza annuale, Italiana Assicurazioni verifica l'eventuale superamento del limite di età per ogni garanzia acquistata.

Se l'età di un *assicurato* è superiore ai limiti previsti per le singole garanzie, alla scadenza annuale, tutte le garanzie per la quale il limite di età è raggiunto cessano. Nel caso in cui non rimangono garanzie attive relative alla sezione *infortuni* e alla sezione *malattie*, l'*assicurazione* cessa.

I limiti di età sono riportati nella tabella a seguire, nelle singole garanzie di cui alle presenti *condizioni di assicurazione* e nella *scheda di polizza*.

Nel caso in cui la copertura prosegua, il *premio* è ricalcolato in funzione alle garanzie rimanenti.

SEZIONE	GARANZIA	ETÀ
SEZIONE INFORTUNI	TUTTE LE GARANZIE	80
SEZIONE MALATTIE	INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	67
	INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO	67
	INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA	67
	RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA	67
	DIARIA DA RICOVERO COMPLETA	75
	DIARIA POST RICOVERO COMPLETA	75
	DIARIA INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA	70

3. COME POSSO DISDIRE E RECEDERE DALL'ASSICURAZIONE



3.1 DISDETTA

Se l'*assicurazione* è stipulata con il tacito rinnovo, le *parti* devono comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della sua scadenza annuale. La comunicazione deve contenere tutti i dati necessari all'individuazione del contratto quali: numero di polizza, riferimento del *contraente/assicurato* e dell'Agenzia che ha intermediato la vendita.

La disdetta, da inviare a Italiana Assicurazioni, comporta la risoluzione definitiva dell'*assicurazione* alla scadenza annuale.

3.2 RECESSO

A) RECESSO PER SINISTRO

Per la sola sezione infortuni il *contraente* e Italiana Assicurazioni hanno la possibilità di recedere dall'*assicurazione*, dopo ogni *sinistro* denunciato.

Per entrambe le *parti* il recesso:

- deve essere effettuato con comunicazione entro 60 giorni dal pagamento del *sinistro* o dal rifiuto dell'*indennizzo*;
- diventa efficace dopo 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

In caso di recesso da parte di Italiana Assicurazioni, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, il *contraente* riceve il rimborso della parte di *premio* relativa al periodo in cui non ha usufruito dell'*assicurazione*. Il rimborso è pagato al netto delle imposte.

B) RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

Se l'*assicurazione* è venduta a distanza, il *contraente* può recedere entro 14 giorni dalla stipula dell'*assicurazione*. La comunicazione di recesso deve contenere tutti i dettagli dell'*assicurazione*. Il recesso è efficace dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata A.R o della PEC.

Italiana Assicurazioni rimborsa la parte di *premio* riferito al periodo in cui il *contraente* non ha usufruito dell'*assicurazione*, al netto delle imposte.



4. QUANDO E COME DEVO PAGARE

Il *premio* è calcolato per un anno; è dovuto per intero anche se il pagamento è frazionato.

4.1 INDICIZZAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Se nella casella "indicizzazione" della *scheda di polizza* è riportata l'indicazione "no", questo articolo non si applica.

FUNZIONAMENTO DELL'INDICIZZAZIONE

L'*assicurazione* è indicizzata per mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati e operai pubblicato dall'ISTAT.

In conseguenza dell'indicizzazione il *premio* può aumentare ogni anno, mentre i valori e i limiti delle prestazioni, escluse le *franchigie*, si adeguano ogni mese.

In caso di *sinistro*, si utilizzano parametri che sono rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT del terzo mese prima della data del *sinistro* e quello del terzo mese prima della stipula dell'*assicurazione*.



Esempio dell'indicizzazione del premio

Al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, il primo gennaio 2026, il *contraente* ha scelto l'indicizzazione e ha pattuito un premio di € 100 con una *somma assicurata* di € 100.000 per la garanzia morte da *infortunio*.

Il 01.01.2027, alla data di rinnovo, Italiana Assicurazioni utilizza i seguenti dati al fine di calcolare il premio per il successivo anno di assicurazione:

- Indice ISTAT ottobre 2025 (3 mesi prima della sottoscrizione) = 260,60.
 - Indice ISTAT ottobre 2026 (3 mesi prima del rinnovo) = 290,70.
 - Coefficiente ISTAT al rinnovo: $290,70/260,60 = 1,12$.
 - Premio indicizzato: $100 \times 1,12 = € 112$.
- Contestualmente la *somma assicurata* è adeguata: $€ 100.000 \times 1,12 = € 112.000$.

In conclusione, il premio che il *contraente* pagherà il 01.01.2027 è di € 112 e la nuova *somma assicurata* è pari a 112.000.

4.2 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il *premio* delle garanzie contenute nell'Appendice 5 è incrementato ad ogni scadenza annuale.

L'incremento è effettuato in base al progredire dell'età di ogni *assicurato*, attraverso le percentuali riportate nell'Appendice 5.

4.3 ONERI FISCALI

Il regime fiscale indicato di seguito è quello in vigore alla redazione del presente documento ed è suscettibile di modifiche in caso di variazioni normative secondo le previsioni delle stesse. Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del contribuente.

Regime fiscale dei premi ai fini dell'imposta sulle assicurazioni: Il *premio* è comprensivo dell'imposta di assicurazione, con aliquota d'imposta pari a: 2,5% per le garanzie delle sezioni infortuni e *malattie*; 10% per le prestazioni della sezione assistenza; 21,25% per le garanzie della sezione tutela legale.

Regime fiscale dei premi ai fini della detraibilità dall'Irpef: La parte di *premio* destinata alla copertura del rischio morte o di *invalidità permanente* non inferiore al 5%, è detraibile dall'imposta dovuta dal *contraente* ai fini IRPEF secondo la normativa vigente. Tale detrazione è riconosciuta al *contraente*, che ha effettivamente sostenuto la spesa del *premio*, qualora l'*assicurato* sia il *contraente* stesso oppure un familiare fiscalmente a suo carico. Nel caso in cui la polizza sia sottoscritta da persona giudica e sostenga il costo del *premio*, non è consentita alcuna detrazione.

Regime fiscale delle prestazioni: Le somme percepite da persona fisica in sostituzione di redditi e le indennità conseguite a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi, costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti, mentre le somme pagate da Italiana Assicurazioni in dipendenza di contratti assicurativi, in caso di morte o *invalidità permanente* dell'*assicurato*, sono esenti da IRPEF (art. 6, co. 2 del TUIR). Diversamente, le somme percepite da *contraente* persona giuridica, seguono le regole ordinarie della determinazione del reddito d'impresa.



5. DOVE VALE LA COPERTURA

Le garanzie della sezione *infortuni e malattie* valgono in tutto il mondo; tuttavia, la valutazione del grado di *invalidità permanente* deve essere effettuata in Italia e sono inoltre coperti solo i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Le prestazioni della sezione Assistenza valgono in tutto il mondo.

La Sezione Tutela Legale è valida per i *sinistri* avvenuti in tutto il mondo, a condizione che l'ufficio giudiziario competente si trova in uno Stato membro dello *Spazio Economico Europeo*, nel Regno Unito, in Svizzera, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, nella Città del Vaticano o nella Repubblica di San Marino.



6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sull'importo degli *indennizzi* si può procedere, su accordo tra le *parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione, secondo le seguenti modalità:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *parti*. Ciascuna delle *parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *parti*;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. Due componenti del Collegio vengono designati dalle *parti* mentre il terzo componente viene designato su accordo dei primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo 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.



Per organismi di mediazione si intendono gli organi accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa a questa *assicurazione* è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza* dell'*assicurato/contraente*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Italiana Assicurazioni rinuncia a dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice civile quando l'*infortunio* subito dall'*assicurato* è imputabile a responsabilità di soggetti estranei alle *parti* (terzi).



Esempio pratico di rinuncia alla rivalsa

L'*assicurato* nel corso di un incidente stradale subisce un *infortunio*.

La responsabilità del *sinistro* non è dell'*assicurato*, ma di un soggetto terzo.

L'*assicurato* riceve l'*indennizzo* da parte di Italiana Assicurazioni e quest'ultima rinuncia al diritto di rivalersi sul terzo che ha causato il *sinistro*.

SEZIONE *INFORTUNI*



7. CHE COSA È ASSICURATO

Italiana Assicurazioni assicura contro gli *infortuni* le persone indicate nella *scheda di polizza* con le garanzie espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.

Le garanzie della presente Sezione operano fino al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessano alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

7.1 MORTE DA *INFORTUNIO*

Italiana Assicurazioni paga la *somma assicurata* ai *beneficiari* se l'*assicurato* decede entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione*.

MORTE SUCCESSIVA AL PAGAMENTO DELL'*INDENNIZZO* PER *INVALIDITÀ PERMANENTE*

Italiana Assicurazioni paga ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la *somma assicurata* per il caso morte, quando questa è maggiore e se sussistono tutte le seguenti condizioni:

- morte dell'*assicurato* in conseguenza dell'*infortunio* denunciato;
- morte dell'*assicurato* avvenuta entro due anni dall'*infortunio*;
- pagamento dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* già avvenuto.

MORTE PRESUNTA

Italiana Assicurazioni paga ai *beneficiari* la *somma assicurata*, se il corpo dell'*assicurato* non viene ritrovato, dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice civile.

Se l'*assicurato* è ancora in vita dopo che Italiana Assicurazioni ha pagato l'*indennizzo*, i *beneficiari* devono restituire l'importo ricevuto. In questo caso l'*assicurato* ha diritto all'*indennizzo* previsto per altre garanzie se ci sono i requisiti.

INCREMENTO SPECIALE PER I MINORI O INVALIDI

Nel caso in cui tra i *beneficiari* ci siano uno o più figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 66%, la quota di *indennizzo* che spetta ad ognuno di loro viene aumentata:

- del 20% in caso di morte per *infortunio* di un genitore *assicurato*;
- del 100% in caso di commorienza per *infortunio* nel medesimo *sinistro* di entrambi i genitori, dei quali almeno uno *assicurato*.

Se la *somma assicurata* per la garanzia morte è superiore a € 350.000 l'incremento speciale non è applicato, ma è pagata la *somma assicurata* riportata nella *scheda di polizza*. Diversamente l'*indennizzo* globale massimo, comprensivo di incremento speciale, non può essere comunque superiore a € 350.000.

7.2 *INVALIDITÀ PERMANENTE* DA *INFORTUNIO*

Se entro due anni dal giorno dell'*infortunio* si verifica l'*invalidità permanente*, Italiana Assicurazioni paga un *indennizzo*, rapportato alla *somma assicurata*, al netto dell'applicazione dell'eventuale franchigia.

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 11.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

7.2.1 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

Le forme di *franchigia* di seguito indicate sono alternative tra loro e opera solo quella scelta dal *contraente* durante la stipula e indicata nella *scheda di polizza*.

A) FRANCHIGIA 3% FINO A EURO 150.000

Se il *contraente* ha scelto questa formulazione della franchigia l'*indennizzo* è così calcolato:

- sulla prima frazione di *somma assicurata*, fino a € 150.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 3%;
- sulla seconda frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 150.000 e fino a € 250.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 5%;
- sulla restante frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 250.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 10%.

Franchigia	Frazioni di <i>somma assicurata</i>
3%	Fino a € 150.000
5%	Oltre € 150.000 e fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000



Esempio di *franchigia* espressa in percentuale:

- *Franchigia* 3%
- *Somma assicurata* € 50.000
- *Invalidità permanente* accertata 12%
- Viene liquidato un *indennizzo* di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio: $12\% - 3\% = 9\%$ da applicare sulla *somma assicurata* di € 50.000)

B) INVALIDITÀ PERMANENTE FRANCHIGIA 3% FINO A EURO 250.000

Se il *contraente* ha scelto questa formulazione della franchigia l'*indennizzo* è così calcolato:

- sulla prima frazione di *somma assicurata*, fino a € 250.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 3%;
- sulla seconda frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 250.000 e fino a € 650.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 10%;
- sulla restante frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 650.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 15%.

Franchigia	Frazioni di <i>somma assicurata</i>
3%	Fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000 e fino a € 650.000
15%	Oltre € 650.000

C) INVALIDITÀ PERMANENTE FRANCHIGIA 5% FINO A EURO 250.000

Se il *contraente* ha scelto questa formulazione della franchigia l'*indennizzo* è così calcolato:

- sulla prima frazione di *somma assicurata*, fino a € 250.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 5%;
- sulla seconda frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 250.000 e fino a € 650.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della franchigia del 10%;

- sulla restante frazione di *somma assicurata*, pari all'eccedenza oltre € 650.000, è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 15%.

Franchigia	Frazioni di <i>somma assicurata</i>
5%	Fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000 e fino a € 650.000
15%	Oltre € 650.000

D) INVALIDITÀ PERMANENTE FRANCHIGIA 10%

Se il *contraente* ha scelto la forma con *franchigia 10%*, l'*indennizzo* è calcolato diminuendo il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10% su tutta la *somma assicurata*.

E) ESENTE FRANCHIGIA SUL 20% DELLA SOMMA ASSICURATA

Se il *contraente* ha scelto questa formulazione della *franchigia* l'*indennizzo* è così calcolato:

- sulla prima frazione della *somma assicurata* corrispondente al 20% della *somma assicurata* e fino ad un massimo di euro 50.000 non è applicata alcuna franchigia;
- sulla seconda frazione della *somma assicurata* pari all'eccedenza della prima e fino a euro 250.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 3%;
- sulla terza frazione della *somma assicurata* pari all'eccedenza oltre euro 250.000 e fino a euro 650.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10%;
- sulla restante frazione di *somma assicurata* pari all'eccedenza oltre euro 650.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 15%;

Franchigia	Frazioni di <i>somma assicurata</i>
0%	Per il 20% della somma, fino ad un massimo di € 50.000
3%	Oltre la prima parte di somma e fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000 e fino a € 650.000
15%	Oltre € 650.000

F) ESENTE FRANCHIGIA SUL 30% DELLA SOMMA ASSICURATA

Se il *contraente* ha scelto questa formulazione della *franchigia* l'*indennizzo* è così calcolato:

- sulla prima frazione della *somma assicurata* corrispondente al 30% della *somma assicurata* e fino ad un massimo di euro 100.000 non è applicata alcuna franchigia;
- sulla seconda frazione della *somma assicurata* pari all'eccedenza della prima e fino a euro 250.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 3%;
- sulla terza frazione della *somma assicurata* pari all'eccedenza oltre euro 250.000 e fino a euro 650.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 10%;
- sulla restante frazione di *somma assicurata* pari all'eccedenza oltre euro 650.000 è diminuito il grado di *invalidità permanente* accertato della *franchigia* del 15%;

Franchigia	Frazioni di <i>somma assicurata</i>
0%	Per il 30% della <i>somma assicurata</i> , fino ad un massimo di € 100.000
3%	Oltre la prima parte di <i>somma assicurata</i> e fino a € 250.000
10%	Oltre € 250.000 e fino a € 650.000
15%	Oltre € 650.000

7.2.2 ASSORBIMENTO DELLA FRANCHIGIA

Se l'*invalidità permanente* accertata è superiore al 15% della totale, l'*indennizzo* è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla *somma assicurata* per *invalidità permanente* totale da *infortunio*, senza alcuna *franchigia*.

7.2.3 INDENNIZZO TOTALE

Se l'*invalidità permanente* accertata è pari o superiore al 66% della totale, Italiana Assicurazioni paga l'*intera somma assicurata*.

7.2.4 GARANZIA AGGIUNTIVA - OPZIONE SUPER LIQUIDAZIONE

Tale opzione consente di aumentare la percentuale di liquidazione per le invalidità di grado pari o superiore al 30% nel seguente modo:

- un grado di *invalidità permanente* accertato compreso tra 30% e 49% comporta un aumento di 10 punti percentuali di liquidazione;
- un grado di *invalidità permanente* accertato compreso tra 50% e 65% comporta un aumento di 30 punti percentuali di liquidazione;
- un grado di *invalidità permanente* accertato pari o superiore al 66% comporta un aumento di 50 punti percentuali di liquidazione.

Si specifica che, in caso di *invalidità permanente* inferiore al 30%, tale garanzia aggiuntiva non opera.

La presente garanzia aggiuntiva opera se scelta dal *contraente* in fase di stipula e indicata nella *scheda di polizza*.

7.3 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO FRANCHIGIA 25%

Italiana Assicurazioni paga l'*indennizzo* per *invalidità permanente* se questa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione.

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 11.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Sulla *somma assicurata* per *Invalidità Permanente Grave* l'*indennizzo* è calcolato secondo i seguenti criteri:

- **per *invalidità permanente* pari o inferiore al 25% non è dovuto alcun *indennizzo*;**
- in caso di invalidità uguale o superiore al 65% della totale l'*indennizzo* corrisponde al 100% della *somma assicurata*;
- in tutti gli altri casi l'*indennizzo* è determinato in percentuale sulla *somma assicurata*, come da tabella che segue:

Grado % di <i>invalidità accertata</i>	% <i>Indennizzo da liquidare</i>	Grado % di <i>invalidità accertata</i>	% <i>Indennizzo da liquidare</i>
26	27	46	62
27	28	47	64
28	30	48	66
29	31	49	68
30	32	50	70
31	34	51	72
32	35	52	74
33	36	53	76
34	38	54	78
35	40	55	80
36	42	56	82
37	44	57	84
38	46	58	86
39	48	59	88
40	50	60	90
41	52	61	92
42	54	62	94
43	56	63	96
44	58	64	98
45	60	65 e oltre	100

La *somma assicurata* rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'*indennizzo*, relativo a uno o più *sinistri*, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore della *somma assicurata* medesima.

Il pagamento dell'intera *somma assicurata* causa, per l'*assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.



Esempio di operatività delle garanzie Invalidità Permanente da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 25% in caso di acquisto contemporaneo:

Garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* acquistata con le seguenti caratteristiche:

- Franchigia 3%
- Somma assicurata € 100.000

Garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 25%* acquistata con le seguenti caratteristiche:

- Somma assicurata € 70.000

Esempio 1

Se a seguito di sinistro indennizzabile è accertata un'invalidità permanente del 12% Italiana Assicurazioni:

- per la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* paga un indennizzo di € 9.000 (ottenuto con il seguente conteggio: $12\% - 3\% = 9\%$ da applicare sulla somma assicurata di € 100.000);
- per la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio franchigia 25%* non paga alcun indennizzo perché sotto franchigia.

Esempio 2

Se invece a seguito di sinistro indennizzabile è accertata un'invalidità permanente del 30% Italiana Assicurazioni:

- per la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio* paga un indennizzo di € 30.000 (ottenuto con il seguente conteggio: 30% da applicare sulla somma assicurata di € 100.000);
- per la garanzia *Invalidità Permanente da Infortunio franchigia 25%* paga un indennizzo di € 24.000 (ottenuto con il seguente conteggio: alla valutazione del 30% corrisponde un indennizzo del 32% da applicare sulla somma assicurata di € 70.000).
- Pertanto, in totale sono indennizzati €54.000 (ottenuto sommando €30.000 e €24.000)

7.4 INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA INFORTUNIO

Italiana Assicurazioni paga l'indennizzo per *invalidità permanente* se questa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione*.

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO e all'art. 11.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.

Italiana Assicurazioni paga l'indennizzo per *invalidità permanente*, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente* accertata è pari o inferiore al 65% della totale, nessun indennizzo spetta all'*assicurato*;
- se l'*invalidità permanente* accertata è pari o superiore al 66% della totale, viene liquidato l'intera *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza*.

La *somma assicurata per invalidità permanente* rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'indennizzo, relativo a uno o più sinistri, non può essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore della somma medesima.

Il pagamento dell'intera *somma assicurata* causa, per l'*assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

7.5 RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO

In caso di *invalidità permanente* accertata uguale o superiore al 66% a seguito di *infortunio*, Italiana Assicurazioni paga una rendita vitalizia rivalutabile, attraverso una polizza Vita, il cui importo iniziale lordo è indicato nella *scheda di polizza*.

La polizza Vita entra in vigore dalla data in cui viene accertato il grado di *invalidità* ed è inviata comunicazione all'*assicurato* dell'attivazione della polizza Vita con le informazioni necessarie.

La rendita conseguente:

- è pagata dopo 12 mesi;
- è pagata finché l'*assicurato* rimane in vita.

7.6 RIMBORSO SPESE DI CURA DA *INFORTUNIO*

Italiana Assicurazioni rimborsa le spese sostenute per la cura delle lesioni determinate da un *infortunio* fino alla concorrenza del *massimale* assicurato previsto nella *scheda di polizza*.

7.6.1 SPESE SOSTENUTE DURANTE E DOPO IL *RICOVERO*

A) DURANTE IL *RICOVERO*

- *Prestazioni sanitarie*;
- *Trattamenti riabilitativi*;
- Diritti di sala operatoria, rette di degenza, cure e protesi dentarie, farmaci e specialità medicinali.

Se le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, Italiana Assicurazioni, in sostituzione del rimborso, paga una diaria di € 100 per ogni giorno di *ricovero*, fino ad un massimo di 100 giorni per *sinistro*.

B) SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

- *prestazioni sanitarie e trattamenti riabilitativi* effettuati entro 360 giorni dalla dimissione, queste prestazioni verranno garantite **fino ad un massimo pari al 30% della *somma assicurata* e fermi i successivi scoperti e franchigie**;
- cure e protesi dentarie rese necessarie da *infortunio*;
- acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del *massimale* indicato nella *scheda di polizza* e comunque con il massimo di € 5.000; **non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi**;
- noleggio o acquisto, con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*, di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Le spese indicate alla presente lettera B) sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, resta a carico dell'*assicurato* uno scoperto del 20% con il minimo di € 75. Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

Se le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*assicurato* paga i ticket, Italiana Assicurazioni rimborsa il costo sostenuto, senza applicazione dello *scoperto*.

Relativamente alle due lettere precedenti A) e B), sia in caso di *ricovero* che successivamente ad esso, sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo *massimale* indicato nella *scheda di polizza*, le spese sostenute:

- per l'*assistenza infermieristica* domiciliare, con il limite di € 50 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;
- in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica, fino a € 5.000 per *sinistro*, purché l'*infortunio* sia provato da documentazione medica e l'intervento avvenga entro due anni dal giorno dell'*infortunio*;
- per il trasporto fino alla *struttura sanitaria* o al luogo di soccorso o da una *struttura sanitaria* all'altra, con il limite di € 2.500.

7.6.2 SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI *RICOVERO*

- *prestazioni sanitarie e trattamenti riabilitativi* effettuati entro 360 giorni dall'*infortunio*, fino ad un massimo pari al 30% della *somma assicurata* e fermi i successivi scoperti e franchigie, il termine è ridotto a 180 giorni per accertamenti diagnostici ed onorari dei medici. **Esclusivamente per i trattamenti riabilitativi l'*infortunio* deve aver reso necessario un accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero oppure deve essere documentato da referto di esame diagnostico strumentale che attesti una frattura o una lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale)**;
- noleggio o acquisto, con il limite per l'acquisto di € 2.500 per *sinistro*, di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;
- cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'*infortunio* da referto del Pronto Soccorso Ospedaliero, **fino alla concorrenza di € 3.000**;

- in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica, **fino a € 5.000 per sinistro, purché l'infortunio sia provato da documentazione medica e l'intervento avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio.**

Le spese indicate al presente articolo sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'*assicurato* uno scoperto del 20% con il minimo di € 75 e fino alla concorrenza del 50% del *massimale* assicurato. Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

Se le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*assicurato* paga i ticket, Italiana Assicurazioni rimborsa il costo sostenuto, senza applicazione dello scoperto.



Esempio di *scoperto* con il minimo:

- Importo della prestazione effettuata in assenza di *ricovero* e indennizzabile pari a € 1000
- *Scoperto* 20%, minimo € 75
- Importo *scoperto* che rimane a carico dell'*assicurato*: lo *scoperto* ammonta al 20% del danno, ovvero $€ 1.000 \times 20\% = € 200$.
Poiché € 200 è maggiore del minimo indennizzabile di € 75, non opera il minimo. L'importo liquidato dunque è dato da $€ 1.000 - € 200 = € 800$

7.6.3 VIOLENZA FISICA, VIOLENZA SESSUALE O STALKING

Se l'*assicurato* subisce violenza fisica, violenza sessuale o atti di stalking comprovati, come definiti dall'ordinamento penale italiano, da parte di terzi — inclusi il coniuge, il convivente o altri familiari — Italiana Assicurazioni, in accordo con l'*assicurato*, rimborsa i costi relativi all'assistenza prestata da uno psicologo o da uno psicoterapeuta per l'attuazione di un trattamento specialistico finalizzato alla cura del trauma psichico subito.

Italiana Assicurazioni rimborsa le spese relative alle visite dello psicologo ed alle sedute di psicoterapia, previa presentazione di regolare fattura, fino al limite del 10% della *somma assicurata*, con il minimo di euro 1.000.

La garanzia opera solo se il trattamento specialistico è iniziato entro i 60 giorni successivi alla proposizione della querela da parte della persona offesa, o entro i 180 giorni successivi all'avvio delle attività da parte delle Autorità competenti nei casi di procedibilità di ufficio.

7.7 DIARIA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio* indennizzabile **per un periodo non superiore a 365 giorni per sinistro.**

Per il pagamento dell'*indennizzo* si tiene conto del numero dei giorni di *ricovero* che abbiano previsto pernottamento. In caso di *Day Hospital* o *Day Surgery*, ai fini dell'erogazione della diaria, viene conteggiato un giorno.

7.8 DIARIA POST RICOVERO DA INFORTUNIO

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza* nel caso in cui l'*assicurato*, a seguito di *ricovero* che abbia richiesto almeno un pernottamento causato da *infortunio* indennizzabile, debba trascorrere un periodo di convalescenza domiciliare che gli impedisce totalmente di svolgere la sua normale attività.

La diaria è pagata per un massimo di 60 giorni per sinistro e l'inabilità deve essere documentata da certificato medico.

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

La presente garanzia vale per le convalescenze trascorse in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

7.9 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza*, nel caso in cui un *infortunio* indennizzabile ai sensi contrattuali comporti immobilizzazione, alle seguenti condizioni:

- se l'immobilizzazione, dovuta dall'applicazione di un qualsiasi mezzo di contenzione, è resa necessaria da una frattura o da una lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) diagnosticata in ambiente ospedaliero o da un medico ortopedico, Italiana Assicurazioni paga, a partire dal giorno successivo a quello dell'*infortunio* regolarmente denunciato, la diaria assicurata per un massimo di 90 giorni per *sinistro* dietro presentazione di documentazione medica;
- il periodo di corresponsione viene limitato a 50 giorni per gli eventi di immobilizzazione fisica a causa di fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Ente Ospedaliero;
- il periodo di corresponsione viene invece limitato a 35 giorni o comunque fino alla loro rimozione se avvenuta prima, qualora la cura della frattura o della lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) venga effettuata chirurgicamente con applicazione di mezzi di sintesi interni, con presidi dinamici o comunque senza necessità o possibilità di immobilizzazione; in casi differenti da quelli di cui al precedente comma, come da diagnosi ospedaliera o di un medico specialista ortopedico, compreso il periodo eventuale di apposizione di fissatori esterni provvisori in attesa del definitivo intervento di osteosintesi;
- se l'immobilizzazione, comportante l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile, è invece resa necessaria da una lesione legamentosa parziale certificata da Ente Ospedaliero e sempreché duri per almeno 20 giorni consecutivi, Italiana Assicurazioni paga un *indennizzo* forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

Se una frattura è trattata in modi diversi in momenti successivi (es. prima gessatura e poi intervento chirurgico con mezzi di sintesi), il periodo complessivo sarà comunque indennizzato, nel rispetto del limite massimo di 90 giorni.

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

La presente garanzia vale per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

7.10 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Se un *infortunio* indennizzabile causa un periodo di *inabilità temporanea*, durante il quale l'*assicurato* sia impossibilitato a svolgere le sue normali occupazioni professionali, Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza*.

La liquidazione dell'*indennizzo* avviene applicando le seguenti franchigie:

- 5 giorni se la diaria scelta è di importo pari o inferiore a € 50;
- 10 giorni, se la diaria scelta è di importo superiore a € 50 e fino a € 80;
- 15 giorni se la diaria scelta è di importo superiore € 80.

La diaria è pagata con la seguente modalità:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'*assicurato* si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni lavorative (incapacità totale);
- al 50% per ogni giorno in cui l'*assicurato* non ha potuto attendervi che in parte (incapacità parziale).

L'*indennizzo* è determinato stabilendo che i giorni complessivi di Inabilità vengono considerati:

- nella misura del 50% come Inabilità temporanea totale;
- nella misura del 50% come Inabilità temporanea parziale.

I giorni indennizzabili sono calcolati previa detrazione dei giorni di franchigia, fermo il massimo di 365 giorni per *sinistro*.

La *franchigia* decorre dal giorno successivo a quello della denuncia e l'indennità è pagata dal giorno seguente al superamento della *franchigia*; se la denuncia è presentata in modo tardivo, la *franchigia* inizia a decorrere dalla data in cui è presentata.

Trascorsi 30 giorni dall'*infortunio* e se il periodo di inabilità prevista da idonea certificazione medica sia pari o superiore a 60 giorni consecutivi, Italiana Assicurazioni su richiesta dell'*assicurato*, può pagare un *indennizzo* a titolo di anticipo pari al 50% di quanto gli spetta sulla base dei giorni di inabilità complessivamente certificati, al netto della *franchigia*. Se nel corso della successiva trattazione e sino alla definizione del *sinistro* dovessero emergere dei motivi di non indennizzabilità, l'*assicurato* deve restituire le somme percepite a titolo di anticipo.

La presente garanzia vale soltanto per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano, e non opera se l'*infortunio* è conseguenza della pratica di una delle attività sportive dell'art. 8.3 RISCHI SPORTIVI.

7.11 ALTRE GARANZIE SEMPRE OPERANTI DELLA SEZIONE INFORTUNI

Le seguenti garanzie sono sempre operanti in caso di acquisto di almeno una garanzia della Sezione Infortuni.

A) INDENNIZZO FORFETTARIO PER MANCATA FREQUENZA AI CORSI DI ISTRUZIONE

Italiana Assicurazioni paga un *indennizzo* di € 1.000 per favorire il recupero della preparazione scolastica se l'*assicurato*:

- è uno studente di età inferiore ai 25 anni;
- è impossibilitato a frequentare i corsi di istruzione a causa di *infortunio* per 60 giorni consecutivi.

B) INDENNIZZO FORFETTARIO PER CONTAGIO DA VIRUS H.I.V.

Italiana Assicurazioni paga un *indennizzo* di € 10.000 in caso di contagio da virus H. I. V. causato da trasfusione di sangue o di emoderivati, resa necessaria da *infortunio* indennizzabile, provato da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da *cartella clinica* del ricovero.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



8.1 AMBITO DI COPERTURA

L'assicurazione copre gli *infortuni professionali* ed *extraprofessionali*. Limitatamente a determinate professioni, l'assicurato può scegliere, specificando l'opzione nella *scheda di polizza*, di limitare l'operatività delle garanzie della presente sezione ai soli *infortuni professionali* oppure ai soli *infortuni extraprofessionali*.

Se l'assicurato sceglie l'opzione di copertura professionale è ricompreso l'*infortunio* in itinere determinato mediante i criteri individuati dall'INAIL.

Se l'assicurato sceglie l'opzione extraprofessionale e subisce una sospensione temporanea del rapporto di lavoro (aspettativa, cassa integrazione o simili), l'assicurazione è prestata per capitali ridotti del 25%.

8.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

L'assicurazione comprende anche gli *infortuni* subiti:

- in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo o tumulti popolari a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva; per legittima difesa o atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana;
- a causa di guerra, se l'assicurato si trova all'estero in un Paese fino ad allora in pace. La garanzia è valida per polizze di durata non inferiore all'anno ed opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani verificatisi al di fuori di Italia, Repubblica di San Marino o Stato del Vaticano. Tuttavia, limitatamente alle garanzie Morte da *infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio*, *Invalidità permanente da infortunio franchigia 25%*, *Invalidità permanente grave da infortunio*, Rimborso spese di cura da *infortunio*, Rendita Vitalizia da *infortunio*, se l'*infortunio* si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, l'*indennizzo* è corrisposto al 50%.

8.3 RISCHI SPORTIVI

A) RISCHI SPORTIVI INCLUSI CON LIMITAZIONI

Le garanzie della presente sezione operano durante la pratica di discipline sportive svolte a titolo non professionistico, alle condizioni e con le limitazioni di seguito indicate, con particolare riferimento alle garanzie Diaria per inabilità temporanea e Invalidità permanente da *infortunio*.

- a) alpinismo/arrampicata fino al V grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche);
- b) sci e snowboard;
- c) calcio, calcio a cinque e similari, football americano, rugby;
- d) pallacanestro, pallamano, pallavolo, padel, badminton, tennis;
- e) pesistica/atletica pesante;
- f) hockey (sia su prato sia su ghiaccio), pattinaggio (su rotelle/su ghiaccio);
- g) judo, karate, arti marziali in genere;
- h) discesa su corsi d'acqua in qualsiasi maniera fino al III grado della scala WW (Walter Welzenbach);
- i) surf;

- j) immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia);
- k) sport equestri;
- l) skateboard;
- m) ciclismo, mentre l'uso non sportivo della bici, cioè l'uso quotidiano o urbano effettuato per semplici spostamenti non rientra nei rischi sportivi.

Per le attività sopra indicate, le garanzie della sezione *infortuni* operano alle seguenti condizioni:

1. La garanzia diaria per *inabilità temporanea da infortunio* non opera.
2. La garanzia invalidità permanente dell'art. 7.2 è sempre valutato utilizzando la tabella contenuta all'art. 11.5 ed è pagata con una *franchigia* di 5% in tutti i casi in cui sia prevista una *franchigia* inferiore. In caso in cui la *franchigia* applicata sia superiore a 5% questa è mantenuta invariata.

Le attività sportive non riportate nell'elenco ma le cui caratteristiche e la pratica sono assimilabili a quelle indicate sono comunque considerate per le limitazioni sopraindicate.

B) RISCHI SPORTIVI ESCLUSI

Italiana Assicurazioni non indennizza *infortuni* conseguenza della pratica dei seguenti sport:

- a) pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- b) pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- c) partecipazione a gare e/o prove motoristiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- d) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (ad esempio: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- e) pratica di downhill, base jumping; bungee jumping e attività simili;
- f) pratica di *sport estremi*;
- g) discesa su corsi d'acqua in qualsiasi maniera oltre al III grado della scala WW (Walter Welzenbach);
- h) pratica di kitesurf;
- i) pratica di pugilato;
- j) speleologia;
- k) salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, snowboard acrobatico, slittino-skeleton praticati su pista, snowkiting;
- l) alpinismo oltre il V grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), alpinismo/free climbing in solitaria, inteso come la progressione su roccia o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata.

Le attività sportive non riportate nell'elenco ma le cui caratteristiche e la pratica sono assimilabili a quelle indicate sono comunque escluse.



9. CHE COSA NON È ASSICURATO

9.1 NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali.

9.2 CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* se si verifica una o più delle condizioni sopra previste nel capoverso NON ASSICURABILITÀ o se a seguito dell'applicazione art. 2 lett. C relativo ai limiti di età, l'*assicurazione* rimane senza garanzie della sezione *infortuni* o *malattie*.

L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio*, al netto dell'imposta, verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

9.3 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Sono assicurabili solo 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. In mancanza di tale patto le garanzie della presente sezione non operano.

Se le infermità sopracitate sopravvengano durante la validità dell'*assicurazione*, il *contraente/assicurato* è tenuto a comunicarlo a Italiana Assicurazioni.

9.4 NON INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni non indennizza gli *infortuni*:

- ✗ derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 1 grammi per litro;
- ✗ derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione* e le loro conseguenze;
- ✗ derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
- ✗ derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari salvo quanto previsto all'art. 8.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI;
- ✗ derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- ✗ subiti dall'*assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- ✗ subiti dall'*assicurato* in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ✗ derivanti dalla 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 a condizione che l'*assicurato* abbia, al momento del *sinistro*, i requisiti per il rinnovo;

✗ conseguenza della pratica di uno degli sport indicati all'art 8.3 lettera B.

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, salvo quanto previsto all'art. 11.2 LESIONI SPECIALI.

Le garanzie Diaria per *Ricovero da Infortunio*, Diaria post *Ricovero da Infortunio*, Diaria da Immobilizzazione e Diaria per *Inabilità temporanea da Infortunio* non operano se l'*infortunio* è conseguenza di:

✗ *malformazioni o difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;

✗ conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Per la sola garanzia *inabilità temporanea da infortunio* sono sempre esclusi gli infortuni che si verificano durante la pratica degli sport indicati all'art. 8.3 lettera A



Esempio di funzionamento delle esclusioni.

Se l'*assicurato*, mentre si trova alla guida di un autoveicolo, subisce un *infortunio* e ricorrono le seguenti condizioni:

- 1) la patente di guida è scaduta;
 - 2) non è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per ottenerne il rinnovo.
- Italiana Assicurazioni non indennizza l'*infortunio* subito.

10. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia
<i>Invalità permanente da infortunio</i>	<i>Franchigia 3%</i> <i>Franchigia 5%</i> <i>Franchigia 10%</i>
<i>Invalità permanente da infortunio franchigia 25%</i>	<i>Franchigia 25%</i>
<i>Invalità permanente grave da infortunio</i>	<i>Franchigia 65%</i>
<i>Rendita vitalizia da infortunio</i>	<i>Franchigia 65%</i>
<i>Rimborso spese di cura da Infortunio</i>	Scoperto 20% con il minimo di € 75 per spese successive al <i>ricovero</i> o in assenza di <i>ricovero</i> .
<i>Diaria per inabilità temporanea da infortunio</i>	5 giorni se la diaria scelta è pari o inferiore a euro 50; 10 giorni, se la diaria scelta è di importo superiore a euro 50 e fino a euro 80; 15 giorni se la diaria scelta è superiore euro 80



11. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

11.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni paga 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 se l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla garanzia *Invalidità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'art. 11.5 o, se resa operante l'opzione, le percentuali di cui all'Appendice 2, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.



Esempio relativo ai criteri di indennizzabilità

Marco durante la guida del proprio veicolo subisce un infarto e si schianta contro un albero, decedendo. In questo caso per determinare se l'*infortunio* sia indennizzabile, bisogna considerare unicamente le conseguenze dell'*incidente stradale (infortunio)* e se sia stato l'impatto contro l'albero a provocare il decesso.

11.2 LESIONI SPECIALI

Italiana Assicurazioni paga gli indennizzi forfettari elencati a condizione che le lesioni subite siano conseguenti *ad infortunio* indennizzabile:

A) MENOMAZIONI VISIVE E UDITIVE

A parziale deroga di quanto indicato nella tabella di valutazione dell'*invalidità permanente* dell'art. 11.5 (o, se resa operante l'opzione, dalla tabella di cui all'Appendice 2), in caso di menomazioni visive e uditive la valutazione del grado di *invalidità permanente* è effettuata senza tenere conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Il grado di invalidità permanente così determinato è diminuito del 30%.

B) LESIONI TENDINEE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea, intesa come lesione di un tendine avvenuta, a differenza delle lesioni da taglio, senza interruzione o sezione del mantello cutaneo sovrastante, di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;

Italiana Assicurazioni, in deroga ai criteri di indennizzabilità per la sola garanzia *Invalidità Permanente*, riconosce un grado di invalidità pari al 3% con il massimo di euro 7.000, qualsiasi sia la tabella di valutazione dell'invalidità, senza applicazione di eventuali franchigie previste. Di conseguenza non è riconosciuto altro *indennizzo*, relativo alla Sezione Infortuni anche se presenti altre garanzie.

Questa estensione non è operante per la garanzia *Invalidità Permanente Grave* e per la garanzia *Invalidità Permanente franchigia 25%*.

C) ERNIE

A parziale deroga dell'art.9, nel caso di ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino *ricovero* o *intervento chirurgico*, Italiana Assicurazioni paga una diaria di € 100 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o giorno di degenza in *day hospital/day surgery*, con il minimo di € 500 per *sinistro*. **Il pagamento di questa diaria sostiene tutte le garanzie eventualmente previste.**

Le ernie addominali e discali che non comportino *ricovero* o *intervento chirurgico* non danno luogo ad alcun *indennizzo*.

D) INDENNIZZI FORFETTIZZATI

Se acquistata la garanzia *Invalidità permanente* da *infortunio*, Indipendentemente dalla tabella scelta per la sua valutazione, in caso di *infortunio* indennizzabile con:

- postumi da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato è riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 3% con il massimo di euro 5.000, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste;
- postumi da lesione alla cuffia dei rotatori della spalla interessata è riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 2% con il massimo di euro 5.000, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo è riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 1% con il massimo di euro 2.000, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.

Per gli eventi della lettera D, ad eccezione del forfait, non è pagato nessun *indennizzo* per le altre garanzie acquistate.

11.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'assicurato, il contraente o altra persona in sua vece deve denunciare l'*infortunio* entro dieci giorni dal *sinistro*. La comunicazione deve essere inviata in forma scritta all'Agenzia alla quale è assegnata l'*assicurazione* oppure alla Sede di Italiana Assicurazioni con le modalità di cui all'art. 1.5.

La denuncia deve contenere:

- la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'*assicurato*.

L'*assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o dai suoi incaricati;
- fornire ad Italiana Assicurazioni ogni informazione necessaria;
- produrre la documentazione medica del caso, con particolare riguardo alla *cartella clinica* nel caso in cui vi sia stato *ricovero*;
- acconsentire alla visita dei medici di Italiana Assicurazioni ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

Se per lo stesso sono in vigore altre assicurazioni, l'*assicurato* deve altresì dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Dopo la denuncia l'*assicurato* deve inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'accertamento dei postumi di *invalidità permanente* deve essere effettuato in Italia.

A) MORTE DA INFORTUNIO

In aggiunta a quanto sopra indicato (art. 11.3) in caso di morte dell'*assicurato*, i *beneficiari* o gli eredi legittimi devono presentare:

- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'*assicurato*;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva all'atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- se ci sono dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i *beneficiari* o gli eredi legittimi, è richiesto il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Italiana Assicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenne;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro* nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

B) RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

In aggiunta a quanto sopra indicato per ottenere il rimborso delle spese di cura, l'*assicurato* deve presentare i documenti di spesa in originale. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Se interviene il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione o ente, gli originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore o dall'ente. Per ottenere il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie in assenza di *ricovero* l'*assicurato* deve presentare oltre ai documenti di spesa in originale e alla documentazione medica anche il referto del pronto soccorso pubblico.

C) DIARIA POST RICOVERO DA INFORTUNIO, DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE, DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Fermo restando quanto sopra indicato (art. 11.3) se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle *franchigie* eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'*indennizzo* viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Italiana Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

In ultimo per la garanzia Diaria da Immobilizzazione, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da *cartella clinica* o da documento equivalente rilasciato dalla *struttura sanitaria* o dal medico ortopedico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione); la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione e la lesione legamentosa parziale comportante applicazione di mezzo di contenzione non amovibile devono essere certificate da Ente Ospedaliero.

È necessario altresì inoltrare la *cartella clinica* se per la cura della frattura o della lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) sono stati applicati mezzi di sintesi interni o fissatori esterni provvisori in attesa del definitivo intervento di osteosintesi.

D) VIOLENZA FISICA, VIOLENZA SESSUALE O STALKING

Relativamente alla garanzia di cui all'art. 7.6.4 le garanzie sono prestate a condizione che l'*assicurato*:

1. sporga formale e regolare denuncia o, se necessario per la perseguibilità, denuncia-querela alle Autorità competenti nei termini stabiliti dalla Legge e, in caso di stalking, vi segua *costituzione di parte civile*;
2. presenti a Italiana Assicurazioni regolari documenti di diagnosi rilasciati da struttura ospedaliera (ad esclusione dell'evento di stalking).

Ai fini dell'inoltro della denuncia alle Autorità Giudiziarie e per la richiesta di erogazione delle garanzie previste dalla presente polizza, si ritiene valida in ogni caso anche il supporto e la rappresentanza (purché autorizzata dall'*assicurato* mediante delega scritta) di un'Associazione di genere con funzioni specifiche e idonee di accompagnamento e consulenza.

Tale rappresentanza non sostituisce in alcun caso la certificazione delle Autorità e/o degli Enti sanitari.

11.4 DATA DEL SINISTRO

Per "data del sinistro" si intende:

- per le garanzie Diaria per *Ricovero* da *Infortunio* e Diaria Post *Ricovero* da *Infortunio*, la data in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico;
- per le altre garanzie della Sezione *Infortuni* la data di accadimento dell'*infortunio*.

11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Italiana Assicurazioni, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento; l'indennizzo è pagato in Italia.

L'assicurazione vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'assicurato. L'assicurato deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la struttura sanitaria.

A) RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Rimborso in valuta diversa dall'euro

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avviene applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea o, in mancanza di rilevazioni, viene utilizzato il cambio contro dollaro USA.

Data del rimborso

Il rimborso è effettuato al cambio del giorno in cui la prestazione è stata pagata o, in mancanza della data, al cambio del giorno in cui il giustificativo di spesa è stato emesso.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO, INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO FRANCHIGIA 25%, INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA INFORTUNIO

Il diritto all'indennizzo per *invalidità permanente* è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a *beneficiari*, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo sia stato pagato, Italiana Assicurazioni, previa produzione del certificato di morte dell'assicurato, paga ai *beneficiari*:

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

Se l'assicurato muore per cause indipendenti dall'*infortunio* già denunciato prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari, Italiana Assicurazioni può pagare ai *beneficiari* l'importo determinato con le modalità degli art. 11.1 e 11.3 a condizione che:

- i *beneficiari* forniscano il certificato di morte dell'assicurato;
- i *beneficiari* presentino i documenti che dimostrano la stabilizzazione dei postumi permanenti (ad esempio certificato di invalidità INPS/INAIL).

Italiana Assicurazioni paga su richiesta dell'assicurato un *indennizzo* a titolo di anticipo pari al 50% del presumibile *indennizzo* definitivo in caso di *invalidità permanente* stimata superiore al 25% sulla base della documentazione acquisita. L'assicurato può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica. **Qualora nel corso della successiva trattazione e sino alla definizione del sinistro dovessero emergere dei motivi di non indennizzabilità, l'assicurato deve restituire le somme percepite a titolo di anticipo.**

Il grado di *invalidità permanente* è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE*

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	6%
▪ un anulare	8%	6%
▪ un mignolo	12%	10%
▪ una falange ungueale del pollice	9%	8%
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
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 prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
▪ al di sopra della metà della coscia	70%	
▪ al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
▪ al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
▪ un piede	40%	
▪ ambedue i piedi	100%	
▪ un alluce	5%	
▪ un altro dito del piede	1%	
▪ una falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole	35%	
▪ del ginocchio in estensione	25%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astraglica	15%	
Paralisi completa del nervo 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 le orecchie	40%	

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
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 un metamero sacrale		3%
▪ di un metamero coccigeo con callo deforme		5%
Perdita anatomica:		
▪ di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale		15%
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
Afonia (perdita totale della voce) (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		30%

MANCINISMO E MENOMAZIONI VISIVE/AUDITIVE

In caso di mancinità le percentuali di *invalidità* previste per l'arto superiore destro valgono per l'arto *sinistro*.

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procede alla quantificazione del grado di *invalidità* tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

CUMULO DI MENOMAZIONI SULLO STESSO ARTO

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di *invalidità* calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

ALTRI CRITERI DI DETERMINAZIONE DELL'*INVALIDITÀ*

Nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

SEZIONE MALATTIE

Italiana Assicurazioni assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie scelte dal *contraente* in fase di sottoscrizione e indicate nella *scheda di polizza*.

Per le garanzie *Invalità permanente* da *malattia*, *Invalità permanente* da Ictus o Infarto, *Invalità permanente* grave da *malattia* e rendita vitalizia da *malattia*, Italiana Assicurazioni assicura le persone indicate nella *scheda di polizza*, in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario INF54036 che forma parte integrante del contratto di *assicurazione*.

È necessario che l'assicurato risponda alle domande previste dal questionario sanitario in maniera precisa e veritiera senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute; in caso contrario le risposte non precise e veritiere oppure l'omissione di informazioni rilevanti per la valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di *indennizzo*.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.



12. CHE COSA È ASSICURATO

12.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Italiana Assicurazioni garantisce l'*indennizzo* per *invalidità permanente*:

- determinata da *malattia* conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'*assicurazione*;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza dell'*assicurazione*, **purché la *malattia* che la determina sia insorta prima della scadenza.**

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai criteri di valutazione stabiliti all'art. 16.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ. Italiana Assicurazioni paga un *indennizzo*, fino alla concorrenza della *somma assicurata*, secondo i seguenti criteri:

- **se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 25% della totale, non è pagato alcun *indennizzo* all'assicurato;**
- se l'*invalidità permanente* accertata è di grado pari o superiore al 25% della totale, l'*indennizzo* è calcolato applicando alla *somma assicurata* la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata

La presente garanzia opera fino al compimento del sessantasettesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	<i>Indennizzo %</i> della <i>somma assicurata</i>
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	Indennizzo % della <i>somma assicurata</i>
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	dal 35 al 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66 e oltre	100

12.2 INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

La garanzia opera esclusivamente in caso di *invalidità permanente*:

- determinata da ictus o infarto insorti successivamente all'effetto dell'*assicurazione*;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza dell'*assicurazione*, **purché insorti prima della scadenza**.

Premesso che per:

- **ICTUS CEREBRALE**, di seguito indicato semplicemente con ictus, si intende un accidente cerebrovascolare che produce un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuto all'ostruzione di un vaso Intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. **Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori non danno diritto ad alcun Indennizzo**. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da t.a.c. o r.m.n., e.e.g. (elettroencefalogramma);
- **INFARTO DEL MIOCARDIO**, di seguito indicato semplicemente con infarto, si intende la morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
 - ripetuti dolori al torace;
 - cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
 - aumento degli enzimi cardiaci.

La garanzia vale esclusivamente per *invalidità permanenti* da *malattia*, di grado pari o maggiore del 36%, conseguenti a ictus o infarto, insorti successivamente alla data di effetto dell'*assicurazione*.

Fermo restando quanto previsto agli artt. 16.1 e 16.4, si conviene che:

- **se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 36% della totale, nessun indennizzo spetta all'assicurato;**
- **i casi di *invalidità permanente* accertata di grado pari o superiore al 36% della totale, danno diritto ad un *indennizzo* calcolato applicando alla *somma assicurata* la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata.**

La presente garanzia opera fino al compimento del sessantasettesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

Grado % di invalidità accertata	Indennizzo % da liquidare
Dal 36 al 55	Dal 36 al 55
56	59
57	63
58	67
59	63
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66 e oltre	100

12.3 INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA

Italiana Assicurazioni garantisce l'indennizzo per invalidità permanente:

- determinata da *malattia* conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza dell'assicurazione **purché la malattia che la determina sia insorta prima della scadenza.**

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai criteri di valutazione stabiliti all'art. 16.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ. Italiana Assicurazioni assicura il pagamento della *somma assicurata*, secondo i seguenti criteri:

- **se l'invalidità permanente accertata è pari o inferiore al 65% della totale, nessun indennizzo spetta all'assicurato;**
- se l'invalidità permanente accertata è pari o superiore al 66% della totale, viene liquidato l'intera *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza*.

La presente garanzia opera fino al compimento del sessantasettesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

12.4 RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Se la *malattia* determina un'invalidità permanente accertata uguale o superiore al 66%, Italiana Assicurazioni paga una rendita vitalizia rivalutabile, attraverso una polizza Vita, il cui importo iniziale lordo è indicato nella *scheda di polizza*.

La polizza Vita entra in vigore dalla data in cui viene accertato il grado di invalidità ed è inviata comunicazione all'assicurato dell'attivazione della polizza Vita con le informazioni necessarie.

La rendita conseguente:

- è pagata dopo 12 mesi;
- è pagata finché l'assicurato rimane in vita.

La presente garanzia opera fino al compimento del sessantasettesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

12.5 DIARIA PER RICOVERO COMPLETA

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio*,

malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale, per un massimo di 90 giorni per sinistro. Per la dialisi il massimo è di 30 applicazioni per anno assicurativo e per assicurato.

La diaria è raddoppiata dal primo giorno in caso di:

- **ricovero** di almeno 30 pernottamenti consecutivi;
- grave patologia presente nell'elenco dell'Appendice 4, a prescindere dalla durata del **ricovero**.

Per il pagamento dell'indennizzo si tiene conto del numero dei giorni di ricovero che abbiano previsto pernottamento.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, ai fini dell'erogazione della diaria, viene conteggiato un giorno.

La presente garanzia opera fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

12.6 DIARIA POST RICOVERO COMPLETA

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza* in caso di convalescenza prescritta dal medico curante conseguente a **ricovero** reso necessario da:

- **malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale, in tutti i casi a condizione che il ricovero abbia previsto almeno due pernottamenti o, in caso di Day Hospital e Day Surgery, due giorni consecutivi di degenza;**
- **infortunio, a condizione che il ricovero abbia previsto almeno un pernottamento o, in caso di Day Hospital/Day Surgery, un giorno di degenza;**
- **neoplasia maligna (escluso cancro in situ) indipendentemente dalla durata del ricovero.**

La diaria è pagata con riferimento al periodo di convalescenza, successivo alla dimissione dalla *struttura sanitaria*, nel quale l'*assicurato* sia impedito a svolgere le sue normali occupazioni lavorative, secondo i seguenti criteri:

- integralmente per 2/3 del periodo di convalescenza e **con il massimo di 120 giorni per sinistro;**
- **al 50% per il restante 1/3 del periodo di convalescenza e con il massimo di 60 giorni per sinistro.**

Se la convalescenza complessiva si protrae oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla struttura sanitaria, l'assicurato può richiedere il pagamento dell'indennizzo maturato al termine di ciascun mese.

La presente garanzia vale per le convalescenze in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

La presente garanzia opera fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

12.7 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

Italiana Assicurazioni paga la diaria indicata nella *scheda di polizza* per ogni giorno di *malattia* nel quale l'*assicurato* è impossibilitato a svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative.

La Diaria è pagata a partire dall'undicesimo giorno di *malattia*, regolarmente denunciata e documentata con certificazione medica, **per un massimo di 180 giorni consecutivi.**

La presente garanzia vale esclusivamente per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

La presente garanzia opera fino al compimento del settantesimo anno di età dell'assicurato, dopo di ciò cessa alla prima scadenza annuale come indicato all'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età.

13. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



13.1 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

Relativamente alle garanzie Diaria per *Ricovero* Completa e Diaria Post *Ricovero* Completa l'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni* subiti:

- A in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; tumulti popolari purché l'*assicurato* non vi abbia preso parte attiva; per legittima difesa o atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana;
- B a causa di guerra, se e in quanto l'*assicurato* venga sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace. **La garanzia è valida per polizze di durata non inferiore all'anno ed opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.**



14. CHE COSA NON È ASSICURATO

14.1 ESCLUSIONI

NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.

CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* se si verifica una o più delle condizioni sopra previste nel capoverso NON ASSICURABILITÀ o se a seguito dell'applicazione art. 2 lett. C relativo ai limiti di età, l'assicurazione rimane senza garanzie della sezione *infortuni* o *malattie*.

L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio*, al netto dell'imposta, verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

NON INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni non presta le garanzie *Invalidità permanente da malattia*, *invalidità permanente da ictus o infarto*, *Invalidità permanente grave da malattia* e *Rendita vitalizia da malattia per invalidità permanenti*:

- ✗ preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ determinate da *malattie* conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ conseguenti ad alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ conseguenti ad atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
- ✗ conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- ✗ conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ conseguenti a guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- ✗ conseguenti a patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- ✗ conseguenti a *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ conseguenti a trattamenti aventi finalità estetiche, dimagranti, fitoterapiche;
- ✗ conseguenti a sieropositività da virus H.I.V.
- ✗ conseguenti a movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Le garanzie *Diaria per ricovero completa*, *Diaria post ricovero completa* e *Diaria per inabilità temporanea da malattia* non operano nei casi di:

- ✗ *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 1 grammi per litro;
- ✗ alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
- ✗ conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- ✗ conseguenze di guerre, insurrezioni in genere salvo quanto riportato all'art. 13.1 B RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI;

- ✗ conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla pratica della speleologia;
- ✗ partecipazione a gare e/o prove motoristiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- ✗ conseguenze di patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- ✗ *infortuni* subiti dall'*assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- ✗ *infortuni* subiti dall'*assicurato* in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ✗ conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio*), dimagranti, fitoterapiche;
- ✗ check-up di medicina preventiva;
- ✗ *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo miopico, ipermetropia e presbiopia);
- ✗ parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- ✗ aborto volontario non terapeutico;
- ✗ infertilità, sterilità, impotenza;
- ✗ sieropositività da virus H.I.V.

14.2 CARENZE

Limitatamente alla garanzia Diaria per *ricovero* completa, Diaria post *ricovero* completa e Diaria per *Inabilità temporanea* da *malattia* l'*assicurazione* decorre dalle ore 24:

- ! del giorno di effetto del contratto per gli *infortuni* e l'aborto post-traumatico;
- ! del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che non si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);
- ! del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero* o di incapacità provvisoria a svolgere le proprie normali occupazioni lavorative verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo*, anche se il *ricovero* o l'*inabilità* siano proseguiti oltre.

14.3 SOSTITUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Limitatamente alla garanzia Diaria per *ricovero* completa e Diaria post *ricovero* completa in caso di sostituzione dell'*assicurazione*, senza soluzione di continuità, di copertura analoga presso Italiana Assicurazioni, relativamente agli stessi *assicurati* e *medesime* garanzie: **l'*indennizzo* è pagato al 50% per le conseguenze di *infortuni* occorsi a partire dall'effetto della prima *assicurazione* stipulata con Italiana Assicurazioni e per le conseguenze di *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) a partire dall'effetto della prima *assicurazione* stipulata con Italiana Assicurazioni, a condizione che tali eventi non fossero esclusi dall'*assicurazione* sostituita. Questa regola non trova applicazione per le garanzie diverse da Diaria per *ricovero* completa e Diaria post *ricovero* completa eventualmente prestate dalla presente sezione.**

Le carenze sopra indicate operano solamente per l'eccedenza delle somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente sezione.

15. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia
<i>Invalidità permanente</i> da malattia	24%
<i>Invalidità permanente</i> da Ictus o Infarto	35%
<i>Invalidità permanente grave</i> da malattia	65%
Rendita vitalizia da malattia	65%
Diaria per <i>ricovero</i> completa	
Diaria post <i>ricovero</i> da completa	1 pernottamento in caso di <i>infortunio</i> 2 pernottamenti in caso di <i>malattia</i>
Diaria per <i>Inabilità temporanea</i> da malattia	10 giorni



16. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

16.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni 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 6 e 18 mesi dalla data 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 2 (tabelle INAIL)

Nei casi di *invalidità permanente* non previsti dalla suddetta tabella, la valutazione verrà effettuata dal Consulente Medico di Italiana Assicurazioni che terrà 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.

Nel caso in cui, a giudizio sia del Medico dell'*assicurato* sia del Consulente Medico di Italiana Assicurazioni, 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.

16.2 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

A) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA, INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA, INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO E RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA.

Per avere diritto alle prestazioni dall'*assicurazione*, in caso di *malattia* l'*assicurato* deve:

- denunciare la *malattia* all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede di Italiana Assicurazioni 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*.
- inviare a Italiana Assicurazioni, con la denuncia del *sinistro*, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
- inviare periodicamente a Italiana Assicurazioni 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;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;

- sciogliere dal segreto professionale nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato;
- fornire a Italiana Assicurazioni certificato di guarigione o equivalente dichiarazione.

L'accertamento dei postumi di *invalidità permanente* deve essere effettuato in Italia.

B) DIARIA PER RICOVERO COMPLETA, DIARIA POST RICOVERO COMPLETA E DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'*assicurazione*, l'*assicurato* deve:

- entro 10 giorni dalla data del *sinistro* denunciare il *sinistro* chiamando *Blue Assistance* o tramite l'Area Riservata di Italiana Assicurazioni o l'APP Italiana Assicurazioni Mobile, ad Italiana Assicurazioni o all'Agenzia di riferimento. La denuncia deve contenere certificazione medica sulla natura della patologia o delle lesioni e della relativa prognosi. In caso di *ricovero* è necessario fornire copia della *cartella clinica* completa. Se la denuncia si riferisce ad un *infortunio* è necessario indicare: il luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o dai suoi incaricati;
- fornire ogni informazione che si renda necessaria;
- produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*assicurato* deve altresì dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle *franchigie* eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'*indennizzo* viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Italiana Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

La denuncia di *sinistro* e la relativa documentazione deve essere trasmessa a *Blue Assistance* per le sole garanzie: Diaria per Ricovero completa, Diaria post Ricovero Completa e Diaria per Inabilità temporanea da Malattia.

***Blue Assistance* ha sede a Torino (c.a.p. 10122) in Via San Dalmazzo 20/A e risponde ai numeri telefonici:**



+39 011 742 55 99

16.3 DATA DEL SINISTRO

Per "data del *sinistro*" si intende:

- per la garanzia *Invalidità permanente* da *malattia*, *invalidità permanente* da Ictus o Infarto, *Invalidità Permanente Grave* da *Malattia* e *Rendita vitalizia* da *malattia* il giorno in cui è stata denunciata la *malattia*,
- per le garanzie Diaria per *Ricovero Completa* e Diaria Post *Ricovero Completa* la data in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- per la garanzia Diaria per *Inabilità Temporanea* da *Malattia*, il primo giorno di inabilità documentato da certificazione medica.

16.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Italiana Assicurazioni, ricevuta la documentazione indicata, riconosciuta l'indennizzabilità del *sinistro* e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento dello stesso.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'*assicurato*. L'*assicurato* deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la *struttura sanitaria*.

A) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA, INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO, INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA, RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

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 prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, Italiana Assicurazioni, previa produzione del certificato di morte dell'*assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

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

Se l'*assicurato* muore per cause indipendenti dalla *malattia* già denunciato prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari, Italiana Assicurazioni può pagare ai *beneficiari* l'importo determinato con le modalità degli art. 16.1 e 16.3 a condizione che:

- i *beneficiari* forniscano il certificato di morte dell'*assicurato*;
- i *beneficiari* presentino i documenti che dimostrano la stabilizzazione dei postumi permanenti (ad esempio certificato di invalidità INPS/INAIL) o se non ancora prodotta, la documentazione medica e la *cartella clinica*, nel caso ci sia stato *ricovero*.

La *somma assicurata* rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.

Pertanto, la somma degli *indennizzi*, relativi ad *invalidità permanente* determinate da una o più *malattie*, non può essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della *somma assicurata* indicato nella *scheda di polizza*. Il pagamento dell'intera *somma assicurata* causa, per l'*assicurato* che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia. L'*indennizzo* è pagato in Italia.

B) DIARIA PER RICOVERO COMPLETA, DIARIA POST RICOVERO COMPLETA E DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

L'*assicurazione* vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Relativamente alla garanzia Diaria per *Ricovero Completa*, per il pagamento dell'*indennizzo* si tiene conto del numero dei pernottamenti in *struttura sanitaria* e in caso di *day hospital/day surgery*, di ogni singolo giorno di degenza.

16.5 LIMITE DI INDENNIZZO

Per le garanzie: Diaria da Immobilizzazione art. 7.10, Diaria post *Ricovero Completa* art. 12.6, Diaria per *Inabilità temporanea da malattia* 12.7 l'esborso annuo per ogni *assicurato* non può superare il limite di euro 25.000.

SEZIONE TUTELA LEGALE

Italiana Assicurazioni offre le garanzie della presente Sezione, se acquistata, per gli assicurati indicati nella scheda di polizza. La gestione dei sinistri della Sezione Tutela Legale è affidata dalla Società a ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (in seguito denominata ARAG), con sede e Direzione Generale in Viale delle Nazioni n. 9 – 37135 VERONA

L'assicurato può rivolgersi direttamente ad ARAG tramite i seguenti recapiti:

- telefono 800 508 008 o 045 829 04 11
- mail per invio nuove denunce di *sinistro*: denunce@arag.it

"ARAGTEL" è a disposizione dell'assicurato in orario di ufficio (dal lunedì al giovedì ore 8,30 - 13 e 14-17, il venerdì ore 8,30 - 13) per:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente Sezione;
- informazioni sugli adempimenti previsti in caso di interventi dinanzi all'autorità giudiziaria.



17. CHE COSA È ASSICURATO

Italiana Assicurazioni garantisce, in sede extragiudiziaria e giudiziaria e nei limiti del massimale indicato nella *scheda di polizza*, per ogni caso assicurativo e senza limite annuo, l'assistenza legale e i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'assicurato nel caso indicato al successivo articolo.

Gli oneri assicurati sono:

- ✓ compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della *vertenza*
- ✓ compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione
- ✓ compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale
- ✓ compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG
- ✓ *spese di soccombenza* poste a carico dell'assicurato
- ✓ spese di esecuzione forzata, fino a due tentativi per *sinistro*
- ✓ spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione è obbligatoria
- ✓ spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- ✓ compensi dei periti
- ✓ *spese di giustizia*
- ✓ spese di investigazione difensiva nel procedimento penale
- ✓ per la *costituzione di parte civile* nel procedimento penale

Le spese legali sono coperte per l'intervento di 1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio.

17.1 TUTELA LEGALE

La garanzia è prestata a tutela dei diritti dei beneficiari in caso di garanzia Morte e dell'assicurato in caso di infortuni indennizzabili ai sensi della presente polizza, che lo stesso subisca e a condizione che abbiano interessato una delle seguenti garanzie:

- Morte;
- *Invalidità Permanente*;
- *Invalidità Permanente Grave*;
- Diaria da Immobilizzazione;
- Rimborso Spese di Cura;
- Rendita Vitalizia (a seguito di *infortunio*).

La garanzia tutela legale non è attivabile in caso di *infortunio* che abbia dato luogo esclusivamente a risarcimenti relativi alle seguenti garanzie della sezione *Infortuni*: Diaria per Inabilità Temporanea da *Infortunio*, Diaria da Ricovero da *Infortunio* e Diaria Post Ricovero da *Infortunio*.

Sono coperte le spese per l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno, anche a mezzo di *costituzione di parte civile* in sede di procedimento penale già instaurato a carico della controparte, per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'*infortunio*.

La garanzia è operante per gli infortuni che si verificano nell'ambito della vita privata **con esclusione di eventi originati durante l'attività professionale o dalla circolazione di veicoli**. Sono tuttavia compresi in copertura gli infortuni derivanti da eventi subiti dall'*assicurato* in qualità di pedone.

17.2 GARANZIA FACOLTATIVA - AMBITO CIRCOLAZIONE STRADALE

La garanzia è attiva solo se indicata nella *scheda di polizza* e se è stato pagato il relativo *premio*.

Quanto previsto dall'art 17.1 Tutela Legale viene esteso a fatti avvenuti durante la circolazione stradale con esclusione di eventi originati durante l'attività professionale.

Sono compresi in copertura gli infortuni subiti dagli assicurati anche quando si trovano alla guida di veicoli non soggetti ad assicurazione obbligatoria o in qualità di trasportati su veicoli pubblici o privati.

17.3 UNICO SINISTRO

Si considerano unico *sinistro* le *vertenze* promosse contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse.

18. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



18.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

Sono coperti i *sinistri* avvenuti a partire dalla data di efficacia della copertura assicurativa

Nel caso in cui, a conseguenza dell'applicazione dell'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età, cessino tutte le garanzie infortuni, Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* e di conseguenza, se presente, cessa anche alla garanzia tutela legale.

18.2 INSORGENZA DEL *SINISTRO*

Ai fini della presente Sezione, per insorgenza del *sinistro* si intende il momento del verificarsi dell'*infortunio* che ha originato il diritto al risarcimento.

La data di avvenimento del *sinistro* è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la *vertenza*.

L'evento dannoso è inteso come il danno o presunto danno extra contrattuale subito dall'*assicurato*. In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del *sinistro* è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche se coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico *sinistro* e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso *sinistro*, la polizza opera con un unico *massimale* che viene equamente ripartito tra tutti gli *assicurati* a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del *sinistro* il *massimale* per *sinistro* non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli *assicurati* che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

18.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

La garanzia della presente Sezione è valida per i *sinistri* avvenuti in tutto il mondo, solo se l'ufficio giudiziario competente si trova in uno Stato membro dello *Spazio Economico Europeo*, nel Regno Unito, in Svizzera, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, nella Città del Vaticano o nella Repubblica di San Marino.



19. CHE COSA NON È ASSICURATO

Se nella polizza non è previsto diversamente, le garanzie non operano per *sinistri* relativi a:

- ✗ *infortuni* avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale dell'*assicurato*;
- ✗ *infortuni* non indennizzabili ai sensi della Sezione *Infortuni* della presente polizza;
- ✗ fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, nonché per fatti conseguenti a detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- ✗ controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili o veicoli che viaggiano su traccia-
to veicolato o su funi metalliche;
- ✗ fatti dolosi dell'*assicurato*;
- ✗ fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- ✗ controversie con Italiana Assicurazioni;
- ✗ fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare;
- ✗ reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nella loro attività professionale;
- ✗ prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- ✗ esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario;
- ✗ esercizio della libera professione, del lavoro autonomo o dell'attività d'impresa;
- ✗ adesione ad azioni di classe (class action) ed azione rappresentativa;
- ✗ difesa penale per abuso di minori;
- ✗ per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli;
- ✗ casi in cui il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure ha i documenti di guida scaduti e non rinno-
vati entro 90 (novanta) giorni dal *sinistro*;
- ✗ casi in cui il conducente rifiuta di sottoporsi agli accertamenti previsti per guida sotto l'influenza dell'alcool
- ✗ casi di contestazione per guida in stato di ebbrezza;
- ✗ casi in cui il veicolo non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria, salvo i casi in cui l'*assicurato* dimostra
di non essere a conoscenza dell'omissione degli oneri assicurativi da parte di terzi obbligati;
- ✗ casi in cui il veicolo non è omologato oppure è usato in modo difforme dall'immatricolazione o dalla destinazione
e dall'uso indicati sulla carta di circolazione;
- ✗ casi di condanna con decisione passata in giudicato per violazione delle disposizioni in materia di cronotachigrafo
e limitatore della velocità;
- ✗ casi di condanna con decisione passata in giudicato per guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti, salvo il
caso di uso terapeutico di tali sostanze comprovato da prescrizione medica;
- ✗ casi di condanna con decisione passata in giudicato per omissione dell'obbligo di fermata e assistenza;
- ✗ partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo il caso di gare di pura regolarità indette
dall'ACI.

Se l'*assicurato* è coinvolto in una *vertenza*, Italiana Assicurazioni non copre le seguenti spese:

- ✗ compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- ✗ compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede
penale;
- ✗ compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- ✗ spese per l'indennità di trasferta;
- ✗ spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per *sinistro*;
- ✗ spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- ✗ imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle *spese di giustizia*;
- ✗ multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;

- ✗ spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'*assicurato* nei procedimenti penali;
- ✗ spese non concordate con ARAG;
- ✗ ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- ✗ spese recuperate dalla controparte.

LIMITI DI COPERTURA

- ✗ Le spese legali sono coperte per l'intervento di 1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio.
- ✗ Nel caso di *vertenze* fra *assicurati* le garanzie operano unicamente a favore del *contraente*.
- ✗ Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'*assicurato*, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio.



20. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

20.1 GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del *sinistro* ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'*assicurato*.

La *fase stragiudiziale* è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la *vertenza* con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della *fase giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'*assicurato* ha l'obbligo di fornire. Per la *fase giudiziale* l'*assicurato* ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'albo: dell'ufficio giudiziario competente per la *vertenza* del proprio luogo di residenza o sede legale; nel caso di domiciliazione, ARAG indica l'avvocato domiciliatario. Se l'*assicurato* per la *fase giudiziale* nomina l'avvocato proposto da ARAG, il *massimale* per *sinistro* per le spese legali sostenute per la *fase giudiziale* viene aumentato del 30% (trenta per cento), fermo il *massimale* per anno assicurativo ove previsto. L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'*assicurato*; pertanto, ARAG non è responsabile del loro operato. Le spese per gli accordi economici tra *assicurato* e avvocato, per la transazione della *vertenza* e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte solo se preventivamente autorizzate da ARAG.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista. Se l'*assicurato* paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

20.2 QUALI OBBLIGHI HA L'ASSICURATO

Nella fase di denuncia del *sinistro*:

- la denuncia del *sinistro* deve essere presentata tempestivamente a Italiana Assicurazioni e/o ad ARAG nel momento in cui l'*assicurato* ne ha conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio
- l'*assicurato* ha l'obbligo di informare Italiana Assicurazioni e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *sinistro* e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative
- il *contraente* ha l'obbligo di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale

Nella fase di gestione del *sinistro*: per valutare la copertura assicurativa della *fase giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'*assicurato* ha l'obbligo di fornire.

L'*assicurato* ha l'obbligo di comunicare a Italiana Assicurazioni o ad ARAG l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio e ha l'obbligo di dare avviso dei *sinistri* a tutti gli *assicuratori*, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.

20.3 RECUPERO DELLE SOMME

Spettano integralmente all'*assicurato* i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

20.4 OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE IN PRESENZA DI POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Se un *assicuratore* di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'*assicurato*, **le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio**, quindi dopo l'esaurimento del *massimale* dovuto per legge o per contratto dall'*assicuratore* di responsabilità civile per spese di resistenza e *soccombenza*.

20.5 COME DENUNCIARE UN SINISTRO

La denuncia del *sinistro* deve essere presentata tempestivamente ad Italiana Assicurazioni e/o ad ARAG nel momento in cui l'*assicurato* ne ha conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

L'*assicurato* può denunciare i nuovi *sinistri* utilizzando la mail denunce@arag.it; invece, per inviare la successiva documentazione relativa alla gestione dei *sinistri*, può utilizzare la mail sinistri@arag.it

L'*assicurato* ha l'obbligo di informare Italiana Assicurazioni o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *sinistro* e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative.

In mancanza, ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *sinistro*, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

20.6 DISACCORDO CON ARAG IN MERITO ALLA GESTIONE DEL SINISTRO E CONFLITTO DI INTERESSI

Nel caso di disaccordo tra l'*assicurato* e ARAG in merito alla gestione del *sinistro*, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del Codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

L'*assicurato* ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

SEZIONE ASSISTENZA

All'*assicurato* che si trova in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* che si verifica durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate.

Per poterne usufruire l'*assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 99

- posta elettronica: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora l'*assicurato* non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Italiana Assicurazioni non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.



21. CHE COSA È ASSICURATO

Italiana Assicurazioni assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza*.

21.1 ASSISTENZA

21.1.1 PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni *infortunio* o *malattia* e con un massimo di tre volte per ciascun *assicurato* ed anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

✓ Consigli medici telefonici

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.**

✓ Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Se l'*assicurato* richiede una visita medica presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Se nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* è immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'*assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

✓ Prenotazione di visite ed esami

Se l'*assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, deve effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni presso le *strutture sanitarie* convenzionate. La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'*assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami.

✓ Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti al domicilio

Nel caso in cui l'*assicurato* è impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia* certificati dal medico curante, e deve effettuare prelievi per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'*assicurato*, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'*assicurato* stesso.

Nel caso in cui il prelievo non può essere effettuato presso la *residenza* dell'*assicurato*, la *Centrale Operativa* provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'*assicurato*, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante auto-vettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'*assicurato* il costo degli esami.

✓ Invio di un infermiere

Se l'*assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richiede, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, un'*assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

✓ Invio di un fisioterapista

Se l'*assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio*, necessiti delle prestazioni di un fisioterapista presso la propria *residenza*, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

✓ Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche

Se l'*assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio o malattia*, richiede, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'*assicurato*, sino ad un massimo di 90 giorni per *sinistro*, tenendo il costo a carico di Italiana Assicurazioni.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Italiana Assicurazioni provvederà a rimborsare l'*assicurato* delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'*assicurato* stesso.

✓ Consegna farmaci al domicilio

Se l'*assicurato* è impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio o malattia*, che comporti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

L'*assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'*assicurato* e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Italiana Assicurazioni.

A carico dell'*assicurato* resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ Invio di una collaboratrice domestica

Se, a seguito di *infortunio o malattia*, l'*assicurato* venga a trovarsi presso la propria *residenza*, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino a un massimo di 30 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'*assicurato* in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'*assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con tre giorni di anticipo.

✓ Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'*assicurato*, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio o malattia*, debba effettuare una visita di controllo o un esame diagnostico in una *struttura sanitaria*, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la **Centrale Operativa**, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* alla *struttura sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*.

✓ Consegna documenti e disbrigo pratiche

Se l'*assicurato* è impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio o malattia* che comporta una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica – e necessari di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti che rivestano un oggettivo carattere di urgenza, la **Centrale Operativa**, per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'*assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la **Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna può avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici.

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Italiana Assicurazioni.

21.1.2 PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ciascun *sinistro* ed anno assicurativo e operano in *viaggio* ad oltre 50 Km dal Comune di *residenza*.

✓ Interprete a disposizione all'estero

Se l'*assicurato* venga ricoverato all'estero in una *struttura sanitaria* e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'*assicurato* stesso ed i medici curanti, la **Centrale Operativa**, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

✓ Anticipo spese di prima necessità

Se l'*assicurato*, nel corso di un *viaggio*, debba sostenere spese impreviste a seguito di *malattia* o di *infortunio*, la **Centrale Operativa** provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione fino alla concorrenza di € 1.500 per *sinistro*.

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Centrale Operativa, per la restituzione dell'anticipo.

Al rientro alla propria residenza l'assicurato è tenuto a rimborsare alla Centrale Operativa la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione

✓ Viaggio di un familiare

Se l'*assicurato*, nel corso di un *viaggio* sia ricoverato in una *struttura sanitaria* e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del *ricovero* e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, la **Centrale Operativa**:

- mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il *viaggio* con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo; si precisa che tale prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *assicurato* e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

✓ Rientro sanitario

Qualora nel corso di un *viaggio*, a seguito di *malattia* o *infortunio*, vi sia la richiesta di trasferire l'*assicurato* presso la sua *residenza* o in una *struttura sanitaria* prossima alla sua *residenza* idonea a garantirgli cure specifiche, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'*assicurato* nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - A. aereo sanitario appositamente equipaggiato (**esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo**);
 - B. aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - C. treno (prima classe);
 - D. autoambulanza;
 - E. altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'*assicurato* durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'*assicurato* verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in *viaggio* con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

✓ Rientro del convalescente

Se nel corso di un *viaggio* l'*assicurato*, a seguito di un *ricovero* e durante la convalescenza, sia impossibilitato a rientrare alla propria *residenza* con il mezzo inizialmente previsto, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'*assicurato* alla sua *residenza* nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'*assicurato* durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'*assicurato* verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in *viaggio* con lui.

✓ Rientro funerario

Se l'*assicurato* decede nel corso di un *viaggio*, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'*assicurato* le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Nel caso si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'*assicurato* ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il *viaggio* con altro mezzo di trasporto.

22. CHE COSA NON È ASSICURATO



NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.

CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

Nel caso in cui, a conseguenza dell'applicazione dell'art. 2 lettera C relativo ai limiti di età, cessino tutte le garanzie *infortuni e malattie*, Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* e di conseguenza cessa, se presente, anche la garanzia Assistenza.

NON EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Italiana Assicurazioni non eroga le prestazioni se il *sinistro* è conseguenza diretta o indiretta di:

- ✗ stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- ✗ eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- ✗ atti dolosi compiuti o tentati dell'*assicurato*;
- ✗ *malattie, infortuni e/o* disturbi in atto al momento della partenza e/o della decorrenza della *polizza*, e noti all'*assicurato*;
- ✗ uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 1 grammi per litro;
- ✗ *infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- ✗ *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.



23. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

23.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'*assicurato* deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* e deve inoltre:

- A. fornire ogni informazione richiesta;
- B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- C. produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Italiana Assicurazioni ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

23.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Italiana Assicurazioni non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*assicurato* o per negligenza di questi. **Italiana Assicurazioni non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.**

23.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

Italiana Assicurazioni ha diritto di richiedere all'*assicurato* o chi per esso l'eventuale biglietto di *viaggio* non utilizzato, nel caso in cui la *Centrale Operativa* abbia provveduto al suo rientro.

SERVIZI NON ASSICURATIVI

24 SERVIZI NON ASSICURATIVI SEMPRE OPERANTI

Con l'acquisto della polizza e finché l'assicurazione è in vigore, Italiana Assicurazioni offre gratuitamente al *contraente* e al suo nucleo familiare, anche se non assicurato, la possibilità di avvalersi dei servizi non assicurativi fruibili accedendo alla *piattaforma online dedicata* tramite l'Area Riservata di Italiana Assicurazioni o l'APP Italiana Assicurazioni Mobile.

24.1 ACCESSO AL NETWORK DI BLUE ASSISTANCE

A OGGETTO

Italiana Assicurazioni offre al *contraente* e al suo nucleo familiare, anche se non assicurato, la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni, di cui abbiano necessità, tramite la *piattaforma online dedicata*:

- prestazioni mediche;
- prestazioni medici a domicilio;
- prestazioni odontoiatriche;
- prestazioni fisioterapiche.

Italiana Assicurazioni offre anche al *contraente* e al suo nucleo familiare, anche se non assicurato, la possibilità di usufruire di tariffe agevolate presso:

- accesso alle palestre, centri benessere e centri bellezza, facenti parte del circuito "Hello Fitness" di Akuero S.r.l.;
- accesso agli ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò.

B DIRITTI DELL'ASSICURATO

Il *contraente* e il suo nucleo familiare, anche se non assicurato, hanno diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate:

- per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese *dal Network di Blue Assistance*;
- per le prestazioni fitness e di ottica rese da fornitori terzi.

Resta inteso che:

- a) le prestazioni dei medici/ medici odontoiatri/centri convenzionati sono fornite direttamente dai già menzionati soggetti che sono gli unici responsabili dell'erogazione delle prestazioni;
- b) il costo delle prestazioni dei medici/ medici odontoiatri/centri convenzionati è a carico del *contraente*; che vi provvede secondo gli accordi presi con la struttura;
- c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici odontoiatri/centri convenzionati sono fornite direttamente dalla struttura cui l'*assicurato* si è rivolto.

APPENDICE 1 - NORME RICHIAMATE NELL'ASSICURAZIONE

Testo degli articoli del Codice civile, del Codice di procedura civile, del Codice penale richiamati nel contratto. I seguenti articoli si intendono integrati di eventuali modifiche emanate successivamente.

ART. 60 CODICE CIVILE - ALTRI CASI DI MORTE PRESUNTA

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

ART. 62 CODICE CIVILE CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA.

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

ART 1891 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

ART. 1892 CODICE CIVILE DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annul-

lamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la *somma assicurata*.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 C.C. ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

ART. 1897 C.C. DIMINUZIONE DEL RISCHIO.

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898. C.C AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901 C.C. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 C.C. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913 C.C. AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

ART. 1915 C.C. INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916 C.C. DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952. C.C PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

APPENDICE 2 - SEZIONE *INFORTUNI* - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE* (ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30.6.1965, N. 1124)

(Valida solo se scelta dal contraente in fase di sottoscrizione e richiamata nella *scheda di polizza*)

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

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

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 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.
- 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
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 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%
- 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	
	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%	
▪ 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%	
▪ 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%

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
▪ Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
▪ Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
▪ Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
▪ Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non 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%	
▪ 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%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della *somma assicurata per invalidità permanente* totale; la perditaparziale della voce non dà diritto ad alcun *indennizzo*.

È inteso che, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto *sinistro* e viceversa.

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

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

APPENDICE 3 - ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO *INFORTUNI*

CLASSE DI RISCHIO A

agente attività commerciali o turistiche (agente di commercio, pubblicità, immobiliari, viaggi, etc); agente attività finanziarie o assicurative (agente di assicurazione, borsa/cambio, etc); agente di investigazione; agente marittimo/commissario di avaria - di bordo; agente servizi ricreativi (agente teatrale, collocamento, cinematografico, etc); agricoltore senza lavoro manuale e senza uso di macchine agricole; agrimensore/agronomo; albergatore; allenatore sportivo; allevatore animali da cortile, ovini; ambasciatore/console/diplomatico; ambulante; amministratore di beni - enti; analista di laboratorio; animatore turistico; apicultrice; arbitro; architetto; armatore; arredatore; assistente sociale; attore/direttore artistico/regista/scenografo/coreografo; autista di autovetture; autorimessa /autofficina senza lavoro manuale; auto-scuola - istruttore; autotrasportatore senza carico-scarico; avvocato/procuratore legale; badante; bagnino; barbiere/parrucchiere; barcaiolo/gondoliere; barista - bar ed esercizi similari; bidello/operatore scolastico; bigiotteria (lavorazione oggetti di); biologo; calzolaio; cameraman - anche esterno no estero; cancelliere; cantante; cappellaio; casalinga; cassiere (cinema, teatro, ecc.); cave (lavoro in) senza lavoro manuale; ceramiche (lavorazione) con modellatura e cottura; cesellatore/incisore/acqueforti (riproduttore di); clero (appartenente al) esclusi missionari all'estero; collaboratore domestico/colf; commercialista; commesso/fattorino; concessionario di veicoli o natanti - solo vendita; consigliere comunale; consulente del lavoro/aziendale/informatico/softwarehouse/c.e.d. (attività presso un); cordami (lavorazione di); cuoio, pelle, pellicce, borse e accessori - lavorazione; custode diurno e non armato; decoratore/imbianchino solo interni con uso di scale; dentista; dirigente; disegnatore; disinfestatore; distributore carburanti(adetto a un) senza riparazione/lavaggio; elettrauto; enologo/enotecnico; esattore; estetista/callista/podologo; fabbricazione articoli ortopedici; facchino/portabagagli; figurinista; floricoltore senza uso di trattori; fotografo/fotoreporter no estero; galleria d'arte (attività presso una); geologo; geometra; giardiniere/vivaista/orticoltore; giornalista/edicola; giornalista/pubblicista (non inviato all'estero); gommista (montaggio, riparazione e vendita); guardia caccia; guardia pesca; guida turistica; imbalsamatore di animali; impagliatore (di sedie, di recipienti); impiegato senza accesso cantieri o ambienti sostante tossiche; imprenditore; indossatore/indossatrice; infermiere; ingegnere; insegnante ed. fisica, basket, tennis, judo, karate, ginnastica e sport simili; insegnante scolastico (no ed. fisica); insegne (installazione) - non più di 4 mt. da terra; intagliatore legno/ebanista/intarsiatore; interprete; ispettore di assicurazione/bancario; linotipista/litografo; liutaio; lucidatore (pelli, mobili, metalli); macchine da scrivere/calcolo - riparazione; magistrato/giudice; magliaia/o; massaggiatore/fisioterapista; mediatore; medico che non pratica la chirurgia; medico che pratica la chirurgia; medico radiologo o tecnico radiologo; modellista; modista; musicista; negozi di vendita, proprietari e addetti; notaio; odontotecnico; orefice/lavorazione metalli e pietre preziose; orologiaio con riparazione; ostetrica; ottico - riparazione, montaggio, costruzione materiali; parlamentare; pastore; pensionato - non occupato; perito (libero professionista); pittore; pompe funebri; presentatore; presidente; promotore finanziario; psicanalista/psicologo; puericultrice; pulizia (adetto alla) - all'interno di fabbricati; quadri - vendita con applicazione di cornici; radiotecnico/antennista - senza posa o riparazione antenne; restauratore di mobili/opere d'arte; ricevitoria/lotto; rilegatore di libri; ristorazione e addetti; sarto/rammendatrice/ricamatrice/rimagliatrice/camiciaia/bustaia; scrittore; scultore; segretario comunale; sindacalista; smaltatore di oggetti artistici; smerigliatore di vetri e cristalli; sociologo; soffiatore di vetro; stierie,lavanderie,tintorie; studente; tessitore; tipografo; topografo; ufficiale giudiziario/messo comunale; vasaio con fabbricazione; verniciatore di pelle, legno, metallo; vetraio(con applicazione) senza accesso ponteggi-est.fabbricati; vetrinista (anche con preparazione di mostre); vigile urbano

CLASSE DI RISCHIO B

accalappiacani; autorimessa/autofficina con manut., lavaggio, ripar.; biciclette/motocicli con riparazione; bronzo/rame - lavorazione; cantoniere; carpentiere solo a terra; carrozziere/verniciatore di veicoli; casaro; cave (lavoro in) con lavoro manuale senza uso di mine; collaudatore di veicoli e natanti a motore; commerciante all'ingrosso; concessionario di veicoli o natanti-con riparazione e manutenzione; cornici - fabbricazione; cromatore/nichelatore; distributore carburanti

(addetto a un) con riparazioni/lavaggio; elettricista all'interno di fabbricati/laboratorio; fabbro solo a terra; falegname solo a terra; floricoltore con uso di trattori; fonditore di metalli; fuochista; galvanoplastica (lavorazione di); guardia campestre/forestale; guardia giurata/custode notturno o armato; idraulico senza accesso a impalcature, tetti, ponti, pozzi; insegnante sci, equitazione e sport simili; macchinista (di treni); macellaio; magazziniere; marmista solo a terra (non in cave); meccanico; mobiliere (fabbricazione); montatore (meccanico); netturbino/operatore ecologico; operaio generico dipendente; pavimentatore/piastrellista all'interno di fabbricati; plastica (stampaggio di materie plastiche); portavalori; postino/corriere/pony express; pulizia (addetto alla) - all'esterno di fabbricati; riscaldamento/installazione e/o riparazione impianti senza accesso ad impalcature; saldatore; scalpellino (marmi/pietre) non in cava; scaricatore (portuale, doganale, mercati); tappezziere/materassaio; tornitore; veterinario in cliniche; veterinario in zone agricole; vetraio(con applicazione) con accesso ponteggi-est.fabbricati; vulcanizzatore;

CLASSE DI RISCHIO C

abbattitore di piante (boscaiolo); agricoltore con lavoro manuale e/o con uso di macchine agricole; allevatore animali diversi da cortile e ovini; ascensorista; autotrasportatore con carico-scarico; carpentiere con accesso impalcature, tetti, ponti, pozzi; cave (lavoro in) con lavoro manuale e con uso di mine; decoratore/imbianchino con accesso a impalcature o ponti; elettricista all'esterno di fabbricati; fabbro su impalcature, tetti, ponti, pozzi; falegname su impalcature, tetti, ponti, pozzi; fuochi d'artificio (lavorazione di); gruista (compreso montaggio); guida alpina/aspirante guida alpina/portatore; idraulico con accesso a impalcature, tetti, ponti, pozzi; imprenditore edile che prende parte ai lavori; insegne (installazione) - oltre 4 mt. da terra - sui tetti; marmista su impalcature - ponti (in cave); mosaicista; mugnaio; muratore; pavimentatore/piastrellista su impalcature e tetti; pescatore; radiotecnico/antennista - senza posa o riparazione antenne; riscaldamento/installazione e/o riparazione impianti con accesso ad impalcature; spazzacamino; trattorista/manovratore macchine movimento terra; trivellatore; verniciatore - accesso impalcature, tetti, esterno navi; vigile del fuoco

RISCHI RISERVATI ALLA DIREZIONE

archeologo; armaiolo - vendita, costruzione, riparazione, preparazione di cartucce; ballerina professionista; calciatore; fantino; fotografo/fotoreporter all'estero; giornalista - inviato speciale all'estero; insegnante di altre pratiche sportive (diverse da ed.fisica, basket, tennis, judo, karate, ginnastica, sci, equitazione, sport simili); marinaio; militare/polizia; skipper;

APPENDICE 4 - GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei baso-cellulari (basaliomi). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera. Rimane altresì escluso il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ).
Coronaropatia con necessità di <i>intervento chirurgico</i> o tecniche cardiologiche interventistiche	<i>Malattia che determina intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: ▪ ripetuti dolori al torace; ▪ cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; ▪ aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: ▪ cuore ▪ polmone ▪ fegato ▪ pancreas ▪ rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed impicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto o da una sedia.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite fulminante con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie del timo che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ▪ emo-trasfusioni periodiche; ▪ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ▪ trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
<i>Ricovero</i> in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di <i>ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

APPENDICE 5 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ



Esempio di incremento del premio per età garanzia *invalidità permanente da infortunio*

- Età alla stipula dell'assicurazione: 50 anni
- Premio dovuto alla stipula dell'assicurazione per la garanzia Invalidità Permanente da infortunio: € 200
- Età al rinnovo: 51 anni
- Premio dovuto al rinnovo: € 202
- Infatti l'incremento per età del 51enne è pari a 1,00%

SEZIONE INFORTUNI

Età	Invalidità permanente da Infortunio	Rendita Vitalizia da Infortunio	Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
0-14	-	-	-
15	-	-0,65%	-
16	-	-0,66%	-
17	-	-0,66%	-
18	-	-0,67%	-
19	-	-0,67%	-
20	-	-0,68%	-
21	-	-0,68%	-
22	-	-0,69%	-
23	-	-0,69%	-
24	-	-0,70%	-
25	-	-1,00%	-
26	-	-1,01%	-
27	-	-1,02%	0,10%
28	-	-1,03%	0,21%
29	-	-1,04%	0,10%
30	-	-1,05%	0,21%
31	-	-1,06%	0,10%
32	-	-1,08%	0,20%
33	-	-1,09%	0,10%
34	-	-1,10%	0,10%
35	-	-1,11%	0,20%
36	0,35%	-1,12%	0,10%
37	0,35%	-1,14%	0,20%
38	0,35%	-1,15%	0,10%
39	0,35%	-1,47%	0,20%

Età	Invalidità permanente da Infortunio	Rendita Vitalizia da Infortunio	Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
40	0,35%	-1,49%	0,10%
41	0,34%	-1,52%	0,10%
42	0,34%	-1,54%	0,20%
43	0,34%	-1,57%	0,10%
44	0,34%	-1,59%	0,20%
45	0,34%	-1,62%	0,10%
46	0,34%	-1,64%	0,20%
47	0,34%	-1,67%	0,10%
48	0,34%	-1,70%	0,20%
49	0,34%	-1,73%	0,10%
50	0,33%	-1,76%	0,20%
51	1,00%	-1,79%	0,20%
52	0,99%	-1,82%	0,10%
53	0,98%	-1,86%	0,20%
54	0,97%	-1,19%	0,20%
55	0,96%	-1,21%	0,10%
56	0,95%	-1,22%	0,20%
57	0,94%	-1,24%	0,14%
58	0,93%	-1,25%	0,15%
59	0,93%	-1,27%	0,15%
60	0,92%	-1,29%	0,15%
61	1,36%	-1,30%	0,15%
62	1,35%	-1,32%	0,15%
63	1,33%	-1,34%	0,15%
64	1,31%	-1,36%	0,15%
65	1,29%	-1,37%	0,15%
66	1,28%	-1,37%	0,15%
67	1,26%	-1,37%	0,10%
68	1,24%	-1,37%	0,10%
69	1,23%	-1,37%	0,10%
70	1,21%	-1,37%	0,10%
71	2,00%	-1,37%	0,10%
72	2,00%	-1,37%	0,10%
73	2,00%	-1,37%	0,10%
74	2,00%	-1,37%	0,10%
75	2,00%	-1,37%	0,10%
76	1,75%	-1,37%	0,10%
77	1,74%	-1,37%	0,10%
78	1,75%	-1,37%	0,10%
79	1,75%	-1,37%	0,10%

Età	Rimborso spese di cura da Infortunio	Diaria da Immobilizzazione
0-14	-	-
15	-	-3,66%
16	-	-3,86%
17	-	-3,95%
18	-	-4,11%
19	-	-4,29%
20	-	-4,55%
21	-	-4,69%
22	-1,83%	-2,54%
23	-1,87%	-2,68%
24	-1,99%	-2,68%
25	-1,94%	-2,75%
26	-1,98%	-2,91%
27	-2,02%	-2,91%
28	-2,16%	-3,00%
29	-2,11%	-3,19%
30	-2,15%	-3,19%
da 31	-	-

SEZIONE MALATTIE

Età	Invalidità Permanente da Malattia	Invalidità Permanente da Ictus o Infarto	Invalidità Permanente Grave da Malattia	Rendita Vitalizia da Malattia	Diaria per Ricovero Completa	Diaria Post Ricovero Completa	Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia
0-13	-	-	-	-	-	-	-
14	6,45%	-	-	-	-	-	-
15-17	-	-	-	-	-	-	-
18	3,03%	2,11%	2,86%	-	5,00%	5,00%	-
19	5,88%	2,06%	2,78%	3,00%	0,95%	0,95%	-
20	5,56%	2,02%	2,70%	2,91%	0,94%	0,94%	3,85%
21	2,63%	1,98%	2,63%	2,83%	0,93%	0,93%	3,70%
22	5,13%	1,94%	2,56%	3,67%	0,93%	0,93%	3,57%
23	2,44%	1,90%	2,50%	2,65%	0,92%	0,92%	3,45%
24	4,76%	1,87%	4,88%	2,59%	1,82%	1,82%	3,33%
25	2,27%	1,83%	2,33%	3,36%	0,89%	0,89%	3,23%
26	2,22%	1,80%	2,27%	3,25%	0,88%	0,88%	3,13%
27	4,35%	1,77%	2,22%	2,36%	1,75%	1,75%	3,03%
28	2,08%	1,74%	4,35%	3,08%	1,72%	1,72%	1,47%
29	4,08%	1,71%	2,08%	2,99%	1,69%	1,69%	2,90%
30	1,96%	1,68%	4,08%	3,62%	1,67%	1,67%	2,82%
31	3,85%	1,65%	1,96%	2,80%	2,46%	2,46%	2,74%
32	3,70%	8,13%	3,85%	2,72%	1,60%	1,60%	2,67%
33	3,57%	11,11%	1,85%	3,31%	2,36%	2,36%	2,60%
34	3,45%	10,00%	3,64%	2,56%	2,31%	2,31%	2,53%
35	1,67%	9,09%	3,51%	3,12%	2,26%	2,26%	2,47%
36	3,28%	8,33%	5,08%	3,03%	2,94%	2,94%	2,41%
37	3,17%	7,69%	3,23%	2,94%	2,86%	2,86%	2,35%
38	3,08%	7,14%	4,69%	3,43%	2,78%	2,78%	2,30%
39	2,99%	6,12%	2,99%	2,76%	3,38%	3,38%	1,12%
40	2,90%	5,77%	4,35%	3,23%	3,27%	3,27%	2,22%
41	4,23%	5,45%	4,17%	2,60%	3,16%	3,16%	2,17%
42	4,05%	5,17%	4,00%	3,05%	3,68%	3,68%	2,13%
43	3,90%	4,92%	3,85%	2,96%	3,55%	3,55%	2,08%
44	3,75%	4,69%	3,70%	3,35%	3,43%	3,43%	2,04%
45	3,61%	4,48%	4,76%	2,78%	4,42%	4,42%	3,00%
46	2,33%	8,33%	5,68%	3,15%	3,70%	3,70%	1,94%
47	3,41%	7,69%	6,45%	3,06%	4,59%	4,59%	1,90%
48	3,30%	7,14%	5,05%	2,97%	3,90%	3,90%	1,87%
49	3,19%	6,67%	6,73%	2,88%	4,69%	4,69%	1,83%
50	3,09%	6,25%	5,41%	3,20%	4,48%	4,48%	1,80%

Età	Invalidità Permanente da Malattia	Invalidità Permanente da Ictus o Infarto	Invalidità Permanente Grave da Malattia	Rendita Vitalizia da Malattia	Diaria per Ricovero Completa	Diaria Post Ricovero Completa	Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia
51	6,00%	5,88%	5,98%	2,71%	5,15%	5,15%	0,88%
52	6,60%	5,22%	6,45%	3,02%	4,49%	4,49%	1,75%
53	5,31%	4,96%	6,06%	2,93%	5,08%	5,08%	1,72%
54	5,04%	4,73%	5,71%	3,20%	5,20%	5,20%	1,69%
55	4,80%	4,51%	6,08%	3,10%	5,30%	5,30%	1,67%
56	5,34%	4,32%	5,73%	3,01%	5,37%	5,37%	1,64%
57	4,35%	4,14%	6,02%	2,92%	5,41%	5,41%	1,61%
58	9,03%	1,40%	6,25%	2,84%	5,44%	5,44%	1,59%
59	8,92%	1,40%	5,88%	3,07%	5,73%	5,73%	1,56%
60	7,60%	1,40%	8,08%	2,98%	5,69%	5,69%	1,54%
61	7,07%	1,40%	7,94%	3,18%	5,64%	5,64%	1,52%
62	7,11%	1,40%	8,23%	2,80%	5,83%	5,83%	0,75%
63	11,85%	1,40%	8,00%	3,00%	5,73%	5,73%	1,48%
64	10,59%	1,40%	7,78%	3,17%	5,86%	5,86%	1,46%
65	9,58%	1,40%	7,90%	2,82%	5,94%	5,94%	1,44%
66	9,09%	1,40%	5,00%	2,99%	5,80%	5,80%	1,42%
67					6,03%	6,03%	1,40%
68					5,86%	5,86%	1,38%
69					5,86%	5,86%	1,36%
70					5,69%	5,69%	
71					5,82%	5,82%	
72					5,64%	5,64%	
73					5,60%	5,60%	
74					4,00%	4,00%	

APPENDICE 6 – LETTERA DI DISDETTA

La presente appendice contiene il modulo di disdetta che l'assicurato può stampare, compilare e inviare tramite PEC a italiana@pec.italiana.it oppure tramite raccomandata A/R.

La lettera deve essere inviata con i tempi previsti dall'art. 3 delle condizioni di assicurazione ovvero:

- 30 giorni prima della scadenza annuale per evitare il tacito rinnovo;
- entro 60 giorni dal pagamento del sinistro o dal rifiuto dell'indennizzo in caso di recesso per sinistro;
- 14 giorni dalla sottoscrizione nel caso in cui l'assicurazione è collocata tramite vendita a distanza.

Destinatario:

Italiana Assicurazioni S.p.A.
Via Marco Ulpio Traiano, 18

20149 Milano

PEC: italiana@pec.italiana.it

Oggetto: Disdetta polizza n. _____

Agenzia di riferimento: _____

Spettabile Italiana Assicurazioni SPA,

con la presente, il sottoscritto/a _____
CF: _____, in qualità di contraente della polizza sopra indicata, comunica la volontà di disdire il contratto assicurativo in oggetto, con effetto dalla prossima scadenza annuale, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Si richiede pertanto che la polizza venga considerata annullata alla scadenza, anche in assenza di un vostro cenno di conferma, come previsto dall'art. 3.1 delle CGA.

Ringraziando per la collaborazione fin qui prestata, porgo cordiali saluti.

Luogo e data: _____

Firma: _____

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. INF54401



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 - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.



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 e da altre fonti controllate.