



Elastica

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEL NUCLEO FAMILIARE.

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**
TOGETHER MORE **130'**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ELASTICA

**Mod. INF54371
Ed. 11/2019**

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

Elastica contiene garanzie assicurative e servizi per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e/o l'integrità fisica, tua e dei tuoi familiari, a seguito di un infortunio. Imprevisti di questo tipo possono minacciare la continuità del reddito e costringere a sostenere spese improvvise: Elastica può quindi aiutare a salvaguardare la stabilità economica della famiglia.

Che cosa si intende, però, con il termine "infortunio"? Si definisce tale un evento traumatico e repentino, dovuto a causa fortuita ed esterna, che produce lesioni corporali.

Non rientrano, invece, nel perimetro del prodotto le malattie, cioè eventuali stati di alterazione della salute non dipendenti da infortunio.

Il prodotto è particolarmente adatto per chi cerca una copertura che abbracci tutta la famiglia: consente, infatti, di ripartire le somme assicurate tra tutti i componenti del nucleo familiare.

È possibile personalizzare la propria copertura, scegliendo tra numerose garanzie che rispondono ad esigenze diverse e definendo se coprire solo gli infortuni derivanti dalla circolazione (in qualità di conducente o trasportato, in auto o su altri mezzi di trasporto), oppure quelli occorsi in qualsiasi momento della giornata.

Se scegli di tutelarti in caso di Invalidità Permanente, riceverai una somma di denaro proporzionale al grado di invalidità riscontrata. Inoltre puoi attivare la garanzia Morte da infortunio, per lasciare ai tuoi cari una somma di denaro in caso di prematura scomparsa.

Grazie ad un'ampia gamma di Diarie, puoi inoltre scegliere di ricevere un importo giornaliero al verificarsi di determinate situazioni (Ricovero, Convalescenza, Immobilizzazione). In questo modo potrai contare su un indennizzo utile per far fronte ad eventuali spese.

Se invece vuoi ricevere il rimborso puntuale delle spese mediche sostenute, puoi scegliere la garanzia dedicata Rimborso Spese Sanitarie.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	5
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE.....	8
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	8
 2 DURATA DELLA COPERTURA	8
 3 DISDETTA E RECESSO	9
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO.....	9
 5 ALTRE INFORMAZIONI	10
SEZIONE INFORTUNI	11
 6 CHI POSSO ASSICURARE.....	11
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	11
 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	17
 9 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	20
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	21
SEZIONE ASSISTENZA	24
 11 CHE COSA POSSO ASSICURARE	24
 12 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	26
 13 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	26
ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITÀ SPORTIVE	28
ALLEGATO 2 - TABELLA INAIL	29

LEGENDA



CHI E CHE COSA POSSO ASSICURARE

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle persone assicurabili e sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate nella Scheda di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Questo capitolo descrive il funzionamento di alcune garanzie indicando ad esempio l'ambito di copertura ed eventuali limitazioni dello stesso nonché i periodi all'interno del quale alcune garanzie non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Fornisce informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Indica i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo sono riportati gli obblighi e gli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



DISDETTA E RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

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

GLOSSARIO

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa
I termini, il cui significato è di seguito riportato, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale, a carattere anche cruento e/o invasivo, atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una lesione o di una *malattia*.

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività fisica praticata a scopo ludico-ricreativo o agonistico per la quale non sia percepito un compenso monetario determinato, o forfettario, diretto o indiretto, a titolo di corrispettivo per le prestazioni eseguite. Non costituiscono compenso monetario eventuali premi (anche in denaro o valori equivalenti) conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

BENEFICIARI

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

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico redatto durante la degenza con pernottamento o, in caso di *Day Hospital e Day Surgery*, diurna in struttura sanitaria, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

CONVALESCENZA

Il periodo, successivo ad un *ricovero*, necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

La degenza diurna in *Istituto di cura* (Pubblico o Privato) documentata da *cartella clinica* con scheda nosologica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici per le conseguenze dirette di *infortunio*.

FRANCHIGIA

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

GESSATURA

Mezzo di contenimento confezionato con gesso da modellare o altri tutori immobilizzanti equivalenti, applicati e rimossi esclusivamente all'interno di strutture ospedaliere e/o da personale medico specializzato (ortopedico, traumatologo).

INDENNIZZO / RIMBORSO

La somma dovuta dalla *Società* all'*Assicurato* o *Beneficiario* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita (accidentale, involontaria), violenta (rapida, concentrata nel tempo) ed esterna (proveniente dall'esterno) che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili o la morte.

Sono considerati *infortuni* anche:

- i colpi di sole, di calore, l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria;
- l'annegamento.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ISTITUTO DI CURA

Ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero di persone infortunate. *Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lungodegenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano cure con finalità dietologiche ed estetiche.*

LAVORO MANUALE

Diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori comportanti l'utilizzo di *macchine utensili* ed attrezzature eccetto macchine per ufficio (compresi hardware e software).

MACCHINA UTENSILE

Macchina atta a trasformare forma e dimensione di oggetti di qualsiasi materiale, mediante asportazione selettiva di sovramateriale in varie forme, tramite utensili. Sono considerate macchine utensili, ad esempio, torni, trapanatrici, alesatrici, fresatrici, piattatrici, limatrici, stozzatrici, brocciatrici, segatrici, seghetto alternativo, cesoie pneumatiche, dentatrici, affilatrici, lappatrici, rettificatrici, filettatrici. Il trapano e l'avvitatore elettrico con potenza non superiore a 1KW non sono considerati macchine utensili.

MALATTIA

Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

PRESTAZIONE MEDICO INFERMIERISTICA

L'assistenza fornita da personale sanitario abilitato, a norma della legge vigente, all'erogazione di prestazioni sanitarie alla persona. *Sono escluse le visite specialistiche della medicina non convenzionale.*

RICOVERO

La degenza dell'Assicurato in *Istituto di cura*, pubblico o privato, documentata da *cartella clinica*, che comporti almeno un pernottamento. *Resta escluso il pernottamento presso il Pronto Soccorso per accertamenti diagnostici.*

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio assicurato, il premio e la sottoscrizione delle *Parti* (Mod. INF54370).

SINISTRO

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

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

SOMMA ASSICURATA/INDENNITÀ GIORNALIERA

Somma prevista per la singola persona assicurata corrispondente all'importo calcolato secondo le percentuali indicate in *Scheda di polizza*

SPESA SANITARIA

La spesa sostenuta per diagnosi, cura o riabilitazione se effettuata da figure professionali abilitate in base alla normativa vigente, all'erogazione di prestazioni sanitarie alla persona. Sono escluse le spese per prestazioni di medicina non convenzionale.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'assicurazione.



1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE/ASSICURATO*

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

1.2 DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la *Società* è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del *Contraente* o dell'*Assicurato* ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Nel caso di aggravamento del rischio il *Contraente* deve dare comunicazione scritta alla *Società* mediante lettera raccomandata. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Società* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

1.3 ONERI FISCALI

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



2. DURATA DELLA COPERTURA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella *Scheda di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il premio è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della *Società* al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Qualora nella casella "tacito rinnovo" della *Scheda di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.



3. DISDETTA E RECESSO

3.1 DISDETTA

Se il contratto viene stipulato con il tacito rinnovo, è possibile impedirne il rinnovo mediante la disdetta. È possibile disdire la *polizza* mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita almeno 30 giorni prima dalla scadenza del contratto. La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

3.2 RECESSO DAL CONTRATTO

Dopo ogni *sinistro* denunciato a termini di *polizza* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, il *Contraente* o la *Società* possono recedere dal contratto di assicurazione con preavviso di 30 giorni. Qualora sia esercitata tale facoltà la *Società* rimborsa al *Contraente*, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.



4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

(non opera se nella casella "indicizzazione" della *Scheda di polizza* è riportata l'indicazione "NO")

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la *polizza* è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT. Mentre il premio di *polizza* sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, i valori ed i limiti delle prestazioni, escluse le *franchigie*, saranno adeguati ogni mese; quindi, in caso di *sinistro*, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del *sinistro* e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.

A ogni scadenza annuale del premio il *Contraente* e la *Società* hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione con riferimento all'ultima variazione intervenuta.

5. ALTRE INFORMAZIONI

5.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- a) mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. 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. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

5.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'*Assicurato*

5.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La *Società* rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

Relativamente alla garanzia Rimborso *Spese Sanitarie*, la *Società* rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti delle seguenti persone:

- familiari conviventi dell'*Assicurato*;
- familiari non conviventi dell'*Assicurato* fino al 3° grado di parentela;
- *Contraente* e *Assicurati* nel medesimo contratto di assicurazione.

5.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

5.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE *INFORTUNI*



6. CHI POSSO ASSICURARE

Possano essere assicurate le persone delle seguenti categorie:

A - il *Contraente*

B - il Coniuge o Convivente di fatto del *Contraente*

C - i loro Figli naturali e adottivi purché iscritti nello stato di famiglia del *Contraente* al momento del *sinistro* o, se non iscritti nello Stato di Famiglia del *Contraente*, purché nominativamente indicati in *polizza* all'atto della stipula del contratto.

Categorie differenti dalle precedenti dovranno essere oggetto di patto speciale.

Le garanzie assicurate operanti, le rispettive somme e la ripartizione percentuale delle stesse fra le categorie assicurate, secondo la scelta del *Contraente* al momento della stipula del contratto e con il massimo del 50% per singola categoria, sono indicate sulla *Scheda di polizza*.



7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

7.1 MORTE

Se l'*infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* ha come conseguenza la morte e questa si verifica, anche successivamente alla cessazione del contratto, entro 2 anni dalla data dell'*infortunio*, la *Società* corrisponde la *somma assicurata* per il caso Morte ai *beneficiari* in parti uguali. Se invece l'*infortunio* ha come conseguenza un'*invalidità permanente* e dopo il pagamento dell'*indennizzo* per *Invalidità Permanente*, ma entro 2 anni dalla data dell'*infortunio*, l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo *infortunio*, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* la differenza tra l'*indennizzo* per morte - se superiore - e quello già pagato per *Invalidità Permanente*. L'*indennizzo* non è cumulabile con quello per *Invalidità Permanente*.

Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* e si presume sia avvenuto il decesso, la *Società* corrisponde la *somma assicurata* per il caso Morte ai *beneficiari* in parti uguali. L'*indennizzo* non verrà corrisposto prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Qualora, dopo il pagamento dell'*indennizzo*, l'*Assicurato* risulti in vita, la *Società* ha diritto, da parte dei *beneficiari*, alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta l'*Assicurato* può far valere i propri diritti per l'*Invalidità Permanente* da *infortunio* eventualmente subita.

7.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

- a) Se l'*infortunio* ha come conseguenza l'*invalidità permanente* definitiva totale, la *Società* corrisponde la *somma assicurata*.
- b) Se l'*infortunio* ha come conseguenza un'*invalidità permanente* definitiva parziale, l'*indennizzo* viene calcolato sulla *somma assicurata* in proporzione al grado di *invalidità permanente* che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
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:		
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del 3° medio di gamba	50%	
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
la falange ungueale dell'alluce	2.5%	
Anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	

Perdita, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
Postumi di trauma distorsivo cervicale con:		
contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
un orecchio	10%	
ambidue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
Monolaterale	4%	
Bilaterale	10%	
Perdita anatomica di:		
un rene	15%	
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
Afonia (perdita totale della voce; la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	30%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato *sinistro* e viceversa.

c) Se l'*infortunio* ha come conseguenza una *invalidità permanente* definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di menomazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/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;
- nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali di invalidità per ciascuna menomazione (calcolate sulla base di valori indicati alla lettera b), con il massimo assoluto del 100%;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicati alla lettera b) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive, si procederà alla quantificazione del grado di *invalidità permanente* tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

d) ANTICIPO *INDENNIZZO*

La *Società*, su richiesta dell'*Assicurato*, corrisponde un anticipo sull'*indennizzo* per *invalidità permanente* nel caso in cui i postumi invalidanti siano stimati dalla *Società* in misura prevedibilmente non inferiore al 20%. L'anticipo è pari al 50% del presumibile *indennizzo*, con il massimo di euro 20.000, e viene conguagliato in sede di liquidazione definitiva del *sinistro*. Quanto sopra non costituisce impegno della *Società* circa il grado percentuale definitivo di *Invalidità Permanente* da liquidarsi.

L'obbligo della *Società* sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'*infortunio*.

7.2.1 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

A) FRANCHIGIA 5% SU INVALIDITÀ PERMANENTE

Qualora l'*infortunio* abbia come conseguenza un'*invalidità permanente* accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, l'*indennizzo* corrisponde al 100% della *somma assicurata*; negli altri casi l'*indennizzo* è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata diminuita della *franchigia* di seguito indicata:

- a) per *invalidità permanente* accertata pari o inferiore al 5% non è dovuto alcun *indennizzo*;
- b) per *invalidità permanente* accertata superiore al 5% l'*indennizzo* viene liquidato solo per l'aliquota di *invalidità permanente* eccedente il 5%.

Esclusivamente per le persone di età inferiore a 75 anni compiuti al momento dell'*infortunio*, 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* senza alcuna *franchigia*.



Esempio di franchigia espressa in percentuale:

- Franchigia 5%
 - Somma assicurata € 50.000 da ripartire al 50% tra i coniugi
 - Invalidità permanente accertata 12%
- Viene liquidato un *indennizzo* di € 1.750 (ottenuto con il seguente conteggio: $12\% - 5\% = 7\%$ da applicare sulla *somma assicurata* di € 25.000).

B) FRANCHIGIA 3% SU INVALIDITÀ PERMANENTE

La presente condizione facoltativa è operante solo se espressamente richiamata sulla *Scheda di polizza*.

A modifica di quanto disposto dalla lettera A) dell'art. 7.2.1 "Tipologia di *franchigia*", nel caso di *Invalidità Permanente* accertata di grado pari o superiore al 50% della totale l'*indennizzo* corrisponde al 100% della *somma assicurata*; negli altri casi l'*indennizzo* è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata diminuita della *franchigia* di seguito indicata:

- a) per *invalidità permanente* accertata pari o inferiore al 3% non è dovuto alcun *indennizzo*;
- b) per *invalidità permanente* accertata superiore al 3% l'*indennizzo* viene liquidato solo per l'aliquota di *invalidità permanente* eccedente il 3%.

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* senza alcuna *franchigia*.

Questa condizione opera fino al compimento del 76° anno di età al momento dell'*infortunio*. Se al momento dell'*infortunio* l'*Assicurato* ha compiuto 76 anni opera la *franchigia* prevista alla lettera A) dell'art. 7.2.1.

Resta ferma l'efficacia dell'art. 9 "Che cosa non è assicurato" e di tutte le altre norme indicate in *polizza*, se non espressamente derogate.

7.2.2 TABELLE DI VALUTAZIONE

La presente condizione facoltativa è operante solo se espressamente richiamata sulla *Scheda di polizza*.

A) TABELLA INAIL (Adozione della tabella di legge)

La tabella delle percentuali di *invalidità permanente*, prevista dall'art. 7.2, si intende sostituita da quella di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, riportata nell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione

Resta ferma l'efficacia dell'art. 9 "Che cosa non è assicurato" e di tutte le altre norme indicate in *polizza*, se non espressamente derogate.

7.3 RIMBORSO SPESE SANITARIE

In caso di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Società* rimborsa, fino alla concorrenza della relativa *somma assicurata per sinistro* e per anno assicurativo, le *spese sanitarie* sostenute per:

- 1) onorari dei chirurghi e/o dell'équipe operatoria;
- 2) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- 3) rette di degenza;
- 4) esami ed *accertamenti diagnostici*;
- 5) trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da uno specialista o dal medico curante effettuati e fatturati entro i 180 giorni successivi all'*infortunio* o alla data di dimissione del primo *ricovero* necessario per la cura dell'*infortunio* stesso; tali spese sono rimborsate fino a euro 1.500;
- 6) trasporto dell'*Assicurato* in *Istituto di cura* con qualsiasi mezzo ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- 7) *prestazioni medico-infermieristiche*, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche. Restano esclusi dall'*indennizzo* i medicinali;
- 8) il trasferimento, per l'immediato *ricovero* dell'*Assicurato* presso un *Istituto di cura* idoneo, qualora l'*Assicurato* venga ritenuto non curabile dall'équipe medica dell'*Istituto di cura* del luogo ove è avvenuto l'*infortunio*;
- 9) cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da *infortunio*, comprese quelle per interventi di chirurgia plastica od estetica. L'intervento di chirurgia estetica dovrà avvenire entro 2 anni dalla data di guarigione clinica dell'*infortunio*, sempre che la *polizza* sia in vigore al momento dell'intervento;
- 10) cure e protesi dentarie fino al massimo di euro 750 per *sinistro*.

La *Società* effettua il *rimborso* a cura ultimata e previa presentazione della *cartella clinica* e delle fatture o parcelle giustificative di spesa in originale, con l'applicazione di una *franchigia* a carico dell'*Assicurato* di euro 150 per *sinistro*. Esclusivamente per le persone dai 76 anni di età compiuti al momento dell'*infortunio*, la *Società* rimborsa esclusivamente le spese sanitarie sostenute durante il *ricovero*; restano escluse pertanto tutte le spese sanitarie sostenute successivamente al *ricovero* o in assenza di *ricovero*.



Esempio di *franchigia* in euro:

- Importo delle spese rimborsabili pari a € 2.000
- *Somma assicurata* € 5.000 da ripartire al 50% tra i coniugi
- *franchigia* 150€ (l'importo che rimane a carico dell'*Assicurato*);

Viene liquidato un indennizzo di Euro 1.850 (ottenuto con il seguente conteggio: importo indennizzabile Euro 2.000 – *franchigia* Euro 150,00).

7.4 DIARIA DA RICOVERO

Se l'*infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* comporta il *ricovero* dell'*Assicurato* in *Istituto di cura*, la *Società* corrisponde l'indennità giornaliera indicata in *polizza* per ciascun giorno di *ricovero*, escluso quello di dimissione, per un periodo massimo di 180 giorni per *sinistro*.

In caso di "*Day Hospital*" o di "*Day Surgery*" l'indennità è dovuta esclusivamente se la degenza è di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purché dalla documentazione dell'*Istituto di cura* risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa.

7.5 DIARIA DA CONVALESCENZA

La *Società* corrisponde l'indennità giornaliera di *convalescenza* indicata in *polizza* per il numero di giorni prescritti dall'*Istituto di cura*, per un periodo massimo di 50 giorni per *sinistro* e per annualità assicurativa, a condizione che il *ricovero* abbia previsto almeno un pernottamento.

Esclusivamente per le persone dai 76 anni di età compiuti al momento dell'*infortunio*, la *Società* corrisponde l'indennità giornaliera di *convalescenza* indicata sulla *Scheda di polizza* per un numero di giorni pari al doppio dei giorni di *ricovero* indipendentemente dai giorni prescritti dall'*Istituto di cura* e per un periodo massimo di 20 giorni per *sinistro* e per annualità assicurativa.

7.6 DIARIA PER GESSATURA

Se l'*infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* comporta *gessatura*, resa necessaria da fratture osteoarticolari o da lesioni capsulo-legamentose strumentalmente accertate e diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, la *Società* corrisponde l'indennità giornaliera da *gessatura* indicata sulla *Scheda di polizza* per ciascun giorno di applicazione della *gessatura*, escluso il giorno della sua rimozione, per un periodo massimo di 50 giorni per *sinistro* e per annualità assicurativa. È equiparata a *gessatura* anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o la frattura composta di almeno due archi costali: in questi casi la *Società* corrisponde l'indennità per un periodo massimo di 30 giorni per *sinistro* e per annualità assicurativa.

7.7 RENDITA VITALIZIA

Se l'*infortunio* determina un'*invalidità permanente* accertata pari o maggiore del 60% della totale, la *Società*, mediante una *polizza Vita*, assicura il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo indicato nella *Scheda di polizza* e determinato secondo quanto disposto dall'art. 6 "Chi posso assicurare".

L'effetto della *polizza Vita* è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale è stato accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della *polizza Vita*. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'*Assicurato* sarà in vita.

La rendita è riconosciuta se l'*Assicurato*, al momento dell'*infortunio*, ha compiuto almeno 14 anni di età; se di età inferiore viene corrisposto esclusivamente un *indennizzo* forfettario di euro 15.500.

7.8 CONDIZIONI AGGIUNTIVE (sempre operanti)

COMMORIENZA DEI GENITORI

Nel caso in cui, a seguito di *infortunio* indennizzabile determinato da uno stesso evento, consegua la morte dei genitori, almeno uno assicurato con la presente *polizza*, la *Società* corrisponderà il doppio della *somma assicurata* per il caso Morte con il massimo di euro 300.000 esclusivamente ai *beneficiari* figli minori e/o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 60%.

INDENNITÀ PER PERDITA DI ANNO SCOLASTICO

La *Società* liquida un'indennità speciale di euro 2.500 a favore dell'*Assicurato* che al momento dell'*infortunio* risulti regolarmente iscritto a scuola primaria, secondaria di primo o secondo grado in Italia, se, in conseguenza dell'*infortunio* avvenuto durante l'anno scolastico, si sia trovato nell'incapacità fisica di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare, secondo le disposizioni in materia, la perdita dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta a causa delle suddette assenze.

CONTAGIO HIV

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da *cartella clinica del ricovero*, la *Società* corrisponde un *indennizzo* di euro 10.000. Qualora l'*Assicurato* - studente di età non superiore ai 25 anni, in conseguenza di *infortunio*, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, la *Società* corrisponde un *indennizzo* di euro 1.000 per favorire il recupero della preparazione scolastica.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



8.1 AMBITO DI COPERTURA

TIPO COPERTURA 24 ORE

L'assicurazione vale per gli *infortuni* che subiscano le Categorie indicate in *polizza*, ferma la ripartizione delle somme assicurate indicate nella *Scheda di polizza*. In caso di *infortunio*, il presente contratto di assicurazione prevede – a favore delle persone assicurate o dei *beneficiari* – le prestazioni descritte nelle singole garanzie assicurate espressamente richiamate sulla *Scheda di polizza*.

TIPO COPERTURA LIMITATA ALLA CIRCOLAZIONE

(in alternativa alla copertura 24 ore, con riduzione di premio, se la scelta appare sulla *Scheda di polizza*)

L'assicurazione vale per gli *infortuni* che le Categorie indicate in *polizza*, ferma la ripartizione delle somme assicurate indicate nella *Scheda di polizza*, subiscano esclusivamente a causa di circolazione nei termini di seguito indicati, in qualità di:

- conducenti, non a titolo professionale, di autovetture ad uso privato, autoveicoli di peso a pieno carico fino a 3.500 kg, motoveicoli (motocarri e motocicli), ciclomotori. La garanzia opera per gli *infortuni* verificatisi durante e in conseguenza della circolazione nonché per gli *infortuni* occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo, rese necessarie per riprendere la marcia;
- conducenti di natanti da diporto a motore, in conseguenza di incidenti di navigazione occorsi al natante medesimo;
- trasportati su autovetture e motoveicoli privati (motocarri e motocicli) abilitati al trasporto di persone, durante la circolazione e in conseguenza della circolazione;
- trasportati su mezzi pubblici di locomozione (aeromobili compresi), funivie, seggiovie, natanti da diporto, in conseguenza di incidente di circolazione o di navigazione occorso al mezzo;
- ciclisti, in conseguenza di urto o collisione con altro veicolo identificato;
- pedoni, in conseguenza di investimento da parte di veicoli.

8.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

Per ogni tipo di copertura scelta sono considerati *infortuni* anche:

1. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti / trattamenti e cure mediche resi necessari da *infortunio* indennizzabile;
2. quelli subiti dall'uso o guida di natanti da diporto, dalla partecipazione a raduni e manifestazioni di veicoli storici iscritti ASI o FMI (autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori) utilizzati su strade aperte al pubblico salvo quanto previsto all'art. 9 "Che cosa non è assicurato" punti 4, 5 e 6;
3. quelli causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa la malaria e le malattie tropicali;
4. gli avvelenamenti del sangue ed infezioni sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
5. quelli subiti dall'*Assicurato* durante i viaggi in aereo effettuati esclusivamente in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su aeromobili in servizio pubblico o per voli privati, da chiunque esercitati, condotti da piloti professionisti. Sono compresi in garanzia anche gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca in conseguenza di forzato dirottamento;
6. l'asfissia, purché non dipendente da *malattia*;

7. quelli causati da tumulti popolari, atti di vandalismo, attentati, atti terroristici, aggressioni o atti violenti ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
8. quelli subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore, vertigini o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizioni patologiche;
9. quelli causati dall'abuso di alcolici, purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,0 grammi/litro;
- 10)quelli subiti dall'Assicurato a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani. Se l'*infortunio* si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, l'*indennizzo* è ridotto del 50%;
- 11)quelli causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato.

La validità della copertura prevista dal presente contratto è comunque subordinata alla presentazione del certificato del Pronto Soccorso Ospedaliero - ad eccezione del caso morte - emesso entro e non oltre 3 giorni dalla data dell'*infortunio*.

8.3 TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO

(non operante in caso di limitazione al rischio circolazione)

Le percentuali di *indennizzo* indicate nella seguente tabella si applicano:

- alla *somma assicurata* di ciascuna delle garanzie assicurate indicate sulla *Scheda di polizza*;
- tenendo conto della ripartizione delle *somme assicurate* tra le varie categorie indicata sulla *Scheda di polizza*.

Circostanza in cui si verifica l' <i>infortunio</i>	percentuale di <i>indennizzo</i>
durante lo svolgimento di un'attività che non prevede lavoro manuale	100%
durante lo svolgimento delle normali attività del tempo libero, della vita di relazione, della ricreazione, compresi gli hobbies, i lavori di ordinaria manutenzione e di giardinaggio/orticoltura nelle pertinenze della casa, anche se tali attività prevedono <i>lavoro manuale</i> , ma con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ utilizzo di macchine utensili, seghe circolari o a nastro, presse, martelli pneumatici, impastatrici, macchinari similari, escavatrici, trattori, macchine agricole, natanti, mezzi operativi, macchine operatrici; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere e gallerie non stradali; ▪ seppellimento e sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ schiacciamento, taglio (con o senza amputazione) subito a seguito dell'utilizzo di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio, smontaggio e manutenzione di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ le immersioni subacquee con o senza autorespiratore; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; ▪ attività a contatto con animali da allevamento vivi; 	100%
quando l'Assicurato si trova alla guida di autovetture ad uso proprio o ad uso locazione senza conducente, camper/autocaravan;	100%
quando l'Assicurato è trasportato su autovetture, camper/autocaravan o autocarri fino a 3.500 kg, mezzi di trasporto pubblico;	100%
quando l'Assicurato è investito, in qualità di pedone, da qualsiasi tipo di veicolo;	100%
quando l'Assicurato è trasportato su impianti a fune in servizio pubblico destinati al trasporto di persone;	100%
durante la pratica di <i>attività sportiva</i> classificata come "a basso rischio" come da allegato 1;	100%
caduta di oggetti sulla persona assicurata, a meno che ciò non causi a sua volta la caduta della persona assicurata da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile;	100%

Circostanza in cui si verifica l' <i>infortunio</i>	percentuale di <i>indennizzo</i>
durante lo svolgimento di attività che prevede <i>lavoro manuale</i> , con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ utilizzo di <i>macchine utensili</i>, seghe circolari o a nastro, presse, martelli pneumatici, impastatrici, macchinari similari, escavatrici, trattori, macchine agricole, natanti, mezzi operativi, macchine operatrici; ▪ guida di autocarri di peso complessivo superiore a 3.500 kg; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere o gallerie non stradali; ▪ seppellimento e sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ schiacciamento, taglio (con o senza amputazione) subito a seguito dell'utilizzo di attrezzature di lavoro; ▪ montaggio, smontaggio e manutenzione di attrezzature da lavoro; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ immersioni subacquee con o senza autorespiratore; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; ▪ attività a contatto con animali da allevamento vivi; 	75%
quando l' <i>Assicurato</i> si trova alla guida di autovetture ad uso Taxi o noleggio con conducente (NCC) e autocarri fino a 3.500 kg;	75%
quando l' <i>Assicurato</i> si trova alla guida di cicli o velocipedi;	75%
quando l' <i>Assicurato</i> si trova alla guida di ciclomotori, motocicli, mezzi di trasporto pubblico terrestre, unità da diporto;	75%
quando l' <i>Assicurato</i> è trasportato su ciclomotori, motocicli, natanti;	75%
durante la pratica di <i>attività sportiva</i> classificata come "medio rischio" come da allegato 1;	75%
durante lo svolgimento di una attività che prevede <i>lavoro manuale</i> , con esclusione di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ guida di autocarri di peso complessivo superiore a 7.000 kg; ▪ caduta da altezza superiore a 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ accesso a cisterne, pozzi, miniere e gallerie non stradali; ▪ seppellimento o sprofondamento oltre i 2 metri rispetto ad un piano stabile; ▪ abbattimento e potatura di alberi; ▪ montaggio o smontaggio di elementi prefabbricati pesanti; ▪ lavori in prossimità di linee elettriche od impianti con parti attive non protette; 	50%
quando l' <i>Assicurato</i> si trova alla guida di autocarri oltre 3.500 kg, ambulanze, trattori industriali e agricoli, escavatrici, mezzi per la navigazione diversi da unità da diporto;	50%
durante la pratica di <i>attività sportiva</i> classificata come "elevato rischio" come da allegato 1;	50%
In una circostanza e/o durante lo svolgimento di un'attività per la quale, in base alla presente tabella, non opera una percentuale superiore al 25%;	25%
durante la pratica di <i>attività sportiva</i> classificata come "grave rischio" come da allegato 1.	25%
durante lo svolgimento di una tra le seguenti attività professionali: <ul style="list-style-type: none"> ▪ giostraio e/o circense; ▪ guida alpina e/o speleologo; ▪ personale addetto alla vigilanza armata, portavalori, sicurezza di luoghi pubblici o privati; ▪ guardia del corpo / buttafuori; ▪ forze armate, forze dell'ordine, Vigili del Fuoco 	25%

In caso di *infortunio* occorso in circostanze non espressamente indicate nei punti precedenti, si procederà alla valutazione della percentuale di riduzione dell'*indennizzo* adottando un criterio di analogia per circostanze e/o ambiente in cui l'*infortunio* si è verificato.

8.4 CUMULO DIARIE GIORNALIERE

Le diarie giornaliere (Diaria da *Ricovero*, Diaria da *Convalescenza*, Diaria da *Gessatura* di cui agli artt. 7.4, 7.5, 7.6) non sono cumulabili tra loro. In caso di sovrapposizione temporale fra di esse, la *Società* liquiderà l'*indennizzo* considerando la diaria più favorevole all'*Assicurato*.

9. CHE COSA NON È ASSICURATO



Non sono assicurabili le persone:

- a) residenti fuori dal territorio della Repubblica Italiana sia al momento della stipula del contratto che al momento del *sinistro*;
- b) che, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, Aids, epilessia, cecità, sordità totale o gravi mutilazioni o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organico-cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

L'assicurazione, per la persona non più assicurabile, cessa al verificarsi di quanto precisato ai punti a) o b).

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste.

La somma attribuita alla persona non più assicurabile viene ripartita proporzionalmente tra le altre categorie, a condizione che la persona non più assicurabile appartenga alle categorie A o B oppure se quella persona era l'unica assicurata della categoria C.

Per l'indicazione delle categorie si veda l'art. 6 "Chi posso assicurare".

Non sono assicurati gli *infortuni* conseguenti:

1. ad evento avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'*Assicurato* si trova già nel paese segnalato, la garanzia opera per un periodo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
2. ad attività professionale svolta a bordo di aeromobili;
3. all'uso, anche come passeggero di:
 - a) mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali paracadute, ultraleggeri, deltaplani, parapendio, apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
 - b) aeromobili di aziende o privati condotti da piloti non professionisti o di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - c) mezzi subacquei;
4. all'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché giri su pista per qualsiasi motivo eseguiti;
5. alla guida di veicoli o natanti a motore se non abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore. Tuttavia, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, la copertura assicurativa non è esclusa a condizione che al momento del *sinistro* l'*Assicurato* abbia i requisiti necessari per ottenere il rinnovo;
6. alla guida di veicoli e/o motoveicoli al di fuori delle strade ad uso pubblico o privato equiparate destinate alla circolazione di pedoni e veicoli;
7. ad alcolismo e/o ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque a volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
8. all'assunzione di una quantità di alcool che comporti un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,0 grammi/litro se l'*Assicurato* si trova alla guida di mezzi di locomozione;
9. ad operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da *infortunio*;

10. alla partecipazione dell'Assicurato o dei beneficiari, ad azioni dolose commesse o tentate;
11. a imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
12. a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

occorsi durante:

13. l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
14. l'espletamento all'estero del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso;
15. la pratica di tutti gli sport a livello professionistico;
16. tutte le attività che prevedono esposizione a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
17. attività e lavori comportanti l'impiego ed il contatto con esplosivi, acidi, sostanze corrosive, infiammabili e tossiche;
18. la pratica di: pugilato; atletica pesante; lotta nelle sue varie forme; arti marziali salvo quanto previsto dall'allegato 1 - Elenco attività sportive; alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai; speleologia; salto dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico estremo e fuori pista; snowboard acrobatico estremo e fuori pista; snowkite; free-ride; free-climbing; canoa fluviale oltre il III° grado; rafting; rafting canoa; hydrospeed; torrentismo e canyoning; kitesurf; surfing (surf sull'onda), BMX, mountain-bike nella specialità del down-hill, bungee jumping; base jumping; bob; pesca subacquea; paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con mongolfiere, deltaplano, ultraleggeri e simili), parkour, funanbolismo.

Sono comunque esclusi infarti e ernie, salvo quanto disposto dall'art. 10.3 "Lesioni speciali a seguito di *infortunio*".



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi per le garanzie scelte dal *Contraente* e indicate nella *Scheda di polizza* e per le condizioni aggiuntive sempre operanti.

10.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La validità della copertura prevista dal presente contratto, come già indicato all'art.8.2, è subordinata alla presentazione del certificato del Pronto Soccorso Ospedaliero - ad eccezione del caso morte - emesso entro e non oltre 3 giorni dalla data dell'*infortunio*

La denuncia deve contenere la descrizione dell'*infortunio* e l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato; deve essere trasmessa, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede della *Società* nel più breve tempo possibile.

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

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

Per ottenere il *rimborso* delle spese di cura l'Assicurato deve presentare i documenti di spesa in originale e la documentazione medica.

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato deve consentire alla visita dei medici della *Società* e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

10.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio*.

Se, al momento dell'*infortunio*, l'*Assicurato* non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili esclusivamente le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella valutazione del grado di *invalidità permanente* le percentuali previste verranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

10.3 LESIONI SPECIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO

(Operante se in *polizza* è indicata la *somma assicurata per Invalidità Permanente*)

La presente estensione di garanzia non è valida per le persone assicurate che abbiano compiuto 76 anni al momento del *sinistro*.

MENOMAZIONI VISIVE ED UDITIVE

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 7.2 "Invalidità Permanente" o dalla tabella INAIL, se richiamata la Condizione Particolare A nella *Scheda di polizza*, in caso di menomazioni visive ed uditive la valutazione sarà effettuata senza tenere conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi; il grado di *invalidità permanente* così determinato verrà convenzionalmente diminuito del 30%.

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;

la *Società*, derogando ai criteri di indennizzabilità, riconosce un *indennizzo* corrispondente ad un grado di *invalidità permanente* pari al 2%, con il massimo di euro 2.000, qualsiasi sia la tabella di valutazione dell'invalidità, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.

Non sarà riconosciuto altro *indennizzo* relativo ad altre garanzie anche se richiamate in *polizza*.

ERNIE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 9, relativamente alle ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino *ricovero* o intervento chirurgico, la *Società* corrisponde una diaria di euro 50 per ogni pernottamento in struttura sanitaria o giorno di degenza in *day hospital / day surgery*, con il minimo di euro 200 per *sinistro*.

Non sarà riconosciuto altro *indennizzo* relativo ad altre garanzie anche se richiamate in *polizza*.

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

INDENNIZZI FORFETTIZZATI

Indipendentemente dalla tabella utilizzata per la valutazione dell'*Invalidità Permanente*, sia essa quella prevista all'art. 7.2 o quella prevista dall'art. 7.2.2 A) TABELLA INAIL, si conviene che in caso di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza* con:

- esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato verrà riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 2% con il massimo di euro 2.000, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste;
- esiti da lesione alla cuffia dei rotatori della spalla interessata verrà riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 1% con il massimo di euro 1.000, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste;

- esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo, strumentalmente diagnosticato, verrà riconosciuto un grado di *invalidità permanente* del 1% con il massimo di euro 500, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.

Non sarà riconosciuto altro *indennizzo* relativo ad altre garanzie anche se richiamate in *polizza*.

10.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La *Società*, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'*indennizzo* viene corrisposto in Italia.

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

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

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

Se l'*Assicurato* muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'*infortunio* denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche previsti in *polizza*, la *Società* liquida ai *beneficiari*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 10.1 "Denuncia del *sinistro*" e 10.2 "Criteri di indennizzabilità", anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai *beneficiari*, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la *cartella clinica*, qualora ci sia stato *ricovero*.

Il *rimborso* delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il *rimborso* verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Le spese per i certificati restano a carico dell'*Assicurato*.

SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* verificatosi 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, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di *polizza*
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

11. CHE COSA POSSO ASSICURARE



11.1 ASSISTENZA NUCLEO FAMILIARE

A. 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.

B. PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione medica, 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.

C. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato in una struttura sanitaria e, non potendo essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero, richieda la presenza di un familiare maggiorenne sul posto, la Centrale Operativa:

- mette a disposizione del 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;
- prenota per il familiare un albergo fino alla concorrenza di euro 520 per sinistro per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

D. TRASFERIMENTO IN UNA STRUTTURA SANITARIA

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - aereo di linea (eventualmente barellato);
 - autoambulanza;
 - treno/vagone letto (prima classe);
 - 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 diagnostiche 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 sindrome organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26[°] settimana.

E. RIENTRO DEL CONVALESCENTE

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, purché convalescente a seguito di un ricovero certificato dalla cartella clinica di dimissione, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici, 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 ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza od 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.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico che l'accompagna sono a carico della Società.

F. RIENTRO FUNERARIO

La prestazione viene fornita 3 volte per ciascun tipo ed anno assicurativo e opera in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Qualora l'*Assicurato* deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto a tutte le formalità. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

Il costo connesso al disbrigo delle formalità, quello per un feretro sufficiente per il trasporto del corpo ed il trasporto stesso sono a carico della *Società*. La prestazione opera con il limite di euro 20.700 per nucleo familiare.

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

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

12. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- a) guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- d) atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- e) atti di pura temerarietà dell'*Assicurato*;
- f) *malattie e/o infortuni* in atto al momento della partenza per il viaggio;
- g) *malattie mentali, abuso di alcolici e/o sostanze stupefacenti*;
- h) *infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei e sport estremi in genere;
 - partecipazione a gare e/o prove con veicoli o natanti a motore;
 - partecipazione ad 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 dalle singole garanzie.

13. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO



13.1 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, nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

La *Società* 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.

13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La *Società* 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 o usufruite solo parzialmente, per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi.

La *Società* non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita ed imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La *Società* si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

13.4 RESTITUZIONE DEI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La *Società* 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.

ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITÀ SPORTIVE

(ferme le esclusioni di cui all'art. 9 "Che cosa non è Assicurato")

ATTIVITÀ A BASSO RISCHIO

Arti marziali che non prevedono contatto fisico e/o utilizzo di attrezzi

Ballo da sala, escluso il ballo acrobatico

Ginnastica dolce, posturale.

Golf

Podismo

Yoga

ATTIVITÀ A MEDIO RISCHIO

Aerobica nelle varie specialità

Atletica leggera escluso il podismo

Body Building

Canottaggio / Canoa

Cheer leading

Ciclismo

Danza nelle varie specialità

Ginnastica che comporti l'utilizzo di attrezzi (quali anelli, parallele, trampolino, cavallo, trave)

Nuoto nelle varie specialità

Pesca sportiva esclusa pesca subacquea

Sci di fondo

Telemark

Tennis nelle varie specialità

Tiro con armi a vendita libera

Tiro con arco

Vela esclusa attività che comporta l'accesso all'albero dell'imbarcazione.

ATTIVITÀ A ELEVATO RISCHIO

Ballo acrobatico

Baseball / Softball

Calcio nelle varie specialità

Pattinaggio a rotelle e su ghiaccio nelle varie specialità, escluso su strada

Pallacanestro

Pallamano

Pallanuoto

Pallavolo

Pallone elastico (o pallapugno)

Scherma

Skateboard, escluso su strada

Squash

ATTIVITÀ A GRAVE RISCHIO

Football americano

Hockey a rotelle e su prato

Hockey su ghiaccio

Mountain-bike esclusa la specialità del down-hill

Pugilato e lotta nelle sue varie forme

Rugby e sue varianti

Surf

Tuffi

Sci - diverso dallo sci di fondo, e snowboard nelle loro varie specialità, ferme le esclusioni di polizza

Sci nautico

Sport equestri

Windsurf

ALLEGATO 2 - TABELLA INAIL

(TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE*

(Allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30.6.1965,)

(operante solo se esplicitamente 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

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di *infortunio* agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
 - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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%	

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 perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun *indennizzo*.

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

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54371

 **ITALIANA
ASSICURAZIONI**

REALE GROUP

TOGETHER MORE **130°**

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 - benvenutitaliana@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 al Gruppo Reale Mutua 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 provenienti da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.