



Gulliver - Infortuni Aereonautici

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI AEREONAUTICI.

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

 **ITALIANA ASSICURAZIONI**

REALE GROUP

TOGETHER MORE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE GULLIVER INFORTUNI AERONAUTICI

**Mod. INF54391
Ed. 01/2021**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
SERVIZIO CLIENTI - BENVENUTI IN ITALIANA – lun - sab 8-20	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali). È possibile accedere anche tramite l'app Italiana Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Gulliver – Infortuni Aereonautici è la polizza di Italiana Assicurazioni pensata per tutelare le persone in caso di infortunio occorso durante il volo, in qualità di passeggeri di voli aerei.

Con un unico contratto consente di assicurare fino ad un massimo di 9 persone, così da tutelare, a titolo di esempio, l'intero nucleo familiare in partenza per una vacanza oppure il personale di una piccola azienda in trasferta di lavoro.

A seconda della frequenza dei viaggi e dell'effettiva necessità, è possibile attivare la polizza per un periodo limitato, optando quindi per una durata temporanea, oppure per un intero anno. Indipendentemente dalla durata, la polizza opera a copertura di tutti i voli effettuati nel periodo scelto, siano essi per lavoro o nel tempo libero.

Il prodotto si compone di un'unica sezione – Infortuni – all'interno della quale operano due garanzie, acquistabili insieme o separatamente, a seconda delle esigenze del Cliente:

Sezione Infortuni

- Morte;
- Invalidità Permanente.

Entrambe le garanzie prevedono l'erogazione di un capitale in caso di Infortunio durante il volo, erogato ai beneficiari in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato o all'Assicurato stesso al verificarsi di una condizione di invalidità permanente.



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

INTRODUZIONE	2
GLOSSARIO	5
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE.....	7
 1 OBBLIGHI DEL <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	7
 2 DURATA DELLA COPERTURA	8
 3 RECESSO	8
 4 INFORMAZIONI SUL <i>PREMIO</i>	8
 5 DOVE VALE LA COPERTURA.....	8
 6 ALTRE INFORMAZIONI	9
SEZIONE INFORTUNI.....	10
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	10
 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	11
 9 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	12
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	13

LEGENDA



CHE COSA POSSO ASSICURARE

In questo capitolo puoi reperire le informazioni 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*.



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.



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*.



DOVE VALE LA COPERTURA

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sull'ambito geografico nel quale la copertura è valida.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui sono riportate 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 riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI

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

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CONTRAENTE

La persona che stipula l'*assicurazione*.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di *cartella clinica*.

FRANCHIGIA

Parte del danno stabilita contrattualmente che rimane a carico dell'*Assicurato*.

INDENNIZZO

Quanto dovuto dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, l'*invalidità permanente*, il ricovero o altre tipologie di conseguenze indennizzabili a termini di *polizza*.

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;
- le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

MALATTIA

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

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA

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

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

RESIDENZA

Luogo in *Italia* in cui l'*Assicurato* ha stabilito la 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 del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i capitali assicurati, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA SANITARIA

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

Non sono considerate 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.

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 cessazione dell'*assicurazione*, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

1.2 ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

1.4 CAMBIO DI RESIDENZA O DOMICILIO

Qualora il *Contraente* e/o gli *Assicurati* dovessero trasferire *residenza* o domicilio all'estero sono obbligati a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dal trasferimento.

Si ricorda che il trasferimento di *residenza* potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la *Società* valuterà la possibilità di mantenere valida la copertura e potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la *Società* abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla *Società* il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

1.5 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. L'*assicurazione* cessa alla scadenza indicata sulla *scheda di polizza*, senza necessità di formalità alcuna.

3. RECESSO



È prevista la seguente facoltà di 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 con preavviso di 30 giorni. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla *Società*, la stessa 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.

Qualora il contratto sia concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il *Contraente* entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto ha la facoltà di recedere dallo stesso inviando alla *Società* o una raccomandata A.R. (indirizzo: Via Marco Ulpio Traiano, 18, 20149 Milano) o tramite casella di posta elettronica certificata (italiana@pec.italiana.it) contenente gli elementi identificativi del contratto, oppure all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

La *Società* rimborserà la parte di *premio* riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO



Il *premio* è sempre determinato per l'intero periodo assicurato ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

5. DOVE VALE LA COPERTURA



La copertura vale in tutto il mondo esclusi i Paesi dove le operazioni di volo sono vietate da sanzioni dell'ONU.

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 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 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 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.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza* o domicilio del *Contraente/Assicurato*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Qualora l'*infortunio* subito dall'*Assicurato* sia imputabile a responsabilità di terzi, la *Società* rinuncia a dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice Civile.

SEZIONI *INFORTUNI*

La Società assicura contro gli *infortuni* le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.



7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

7.1 MORTE

Se l'*Assicurato* muore entro due anni dal giorno dell'*infortunio* a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* la Società liquida la somma assicurata ai *beneficiari* designati o in difetto di designazione agli eredi legittimi.

L'*indennizzo* non è cumulabile con quello per *invalidità permanente*; tuttavia, se dopo il pagamento dell'*indennizzo* per *invalidità permanente*, ma entro due anni dal giorno dell'*infortunio* ed in conseguenza di questo, l'*Assicurato* muore, la Società corrisponde ai *beneficiari* la differenza tra l'*indennizzo* pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'*Assicurato* non viene ritrovato, la Società liquida ai *beneficiari* la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora risulti che l'*Assicurato* sia vivo dopo che la Società ha pagato l'*indennizzo*, quest'ultima ha diritto alla restituzione, da parte dei *beneficiari*, della somma loro pagata. L'*Assicurato* avrà così diritto all'*indennizzo* spettante ai sensi di *polizza* per altri casi eventualmente assicurati.

INDENNIZZO SPECIALE PER MINORI O INVALIDI

Qualora nel medesimo *sinistro* si verifichi la commorienza dell'*Assicurato* e del consorte, l'*indennizzo* spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 60% viene aumentato del 50%.

La somma di questo *indennizzo* speciale e di quello per il caso Morte non potrà essere superiore a euro 300.000. Le eventuali somme assicurate per il caso Morte oltre questo limite verranno regolarmente erogate, verificandosi il caso, senza tener conto dell'*indennizzo* speciale medesimo.

7.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società garantisce l'*indennizzo* per *invalidità permanente* se questa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

Il grado di *invalidità permanente* è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (allegato n. 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) riportate all'art. 10.3.

La Società corrisponde su richiesta dell'*Assicurato* un anticipo pari al 50% del presumibile *indennizzo* definitivo in caso di *invalidità permanente* stimata superiore al 25% in base alla 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* si impegna alla restituzione delle somme percepite a titolo di anticipo.

7.2.1 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

L'*indennizzo* è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle *franchigie* di seguito indicate - alle componenti di capitali nelle quali si intende suddiviso il capitale assicurato:

- *franchigia* del 5% sulla prima frazione di capitale fino a 260.000 euro;
- *franchigia* del 10% sulla restante frazione di capitale oltre 260.000 euro.



Esempio di funzionamento della *franchigia*:

- Somma assicurata € 300.000
- *Invalidità permanente* accertata 12%

Viene liquidato un *indennizzo* di € 19.000 così di seguito ottenuto:

- sulla prima frazione di capitale (vale a dire fino a € 260.000) è calcolato un *indennizzo* di € 18.200 (ottenuto con il seguente conteggio: $12\% - 5\% = 7\%$ da applicare a € 260.000)
- sulla seconda frazione (vale a dire € 300.000 - € 260.000 = € 40.000) è calcolato un *indennizzo* di € 800 (ottenuto con il seguente conteggio: $12\% - 10\% = 2\%$ da applicare a € 40.000)

7.2.2 ASSORBIBILITÀ DELLA FRANCHIGIA

Se l'*invalidità* accertata è maggiore del 15% l'*indennizzo* è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per *invalidità permanente* totale senza alcuna *franchigia*.



Esempio di funzionamento dell'*assorbibilità*

- Somma assicurata € 300.000
- *Invalidità permanente* accertata 25%

Viene liquidato un *indennizzo* di 75.000€ calcolato applicando il 25% alla somma assicurata di € 300.000 senza alcuna *franchigia* poiché il grado di *invalidità permanente* accertato è superiore al 15%.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



8.1 AMBITO DI COPERTURA

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* occorsi durante i voli aerei nel periodo compreso tra il momento in cui gli *assicurati* sono saliti a bordo dell'aeromobile ed il momento in cui ne sono discesi. Nel caso in cui il periodo dell'*assicurazione* sia "24 ore" o "Due periodi di 24 ore" e venga inserito il numero del biglietto aereo la garanzia opera per un/due periodo/i di 24 ore decorrente/i dal momento del check-in del biglietto aereo.

L'*assicurazione* continuerà ad aver vigore oltre il tempo prefissato in caso di sospensione forzata del tragitto aereo o di cambiamento di rotta decisi dal vettore aereo per ragioni tecniche o per avverse condizioni atmosferiche.

8.2 RISCHI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

L'assicurazione comprende gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato*:

- a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- b) In caso di incidente aeronautico e/o atti di terrorismo aereo, la *Società* assicura anche gli *infortuni* occorsi al di fuori dell'aeromobile durante atti compiuti per solidarietà umana e/o salvaguardia della propria integrità fisica.

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 € 10.400.

9. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non assicura le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate; schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

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

La *Società* non indennizza gli *infortuni* verificatisi in occasione di voli effettuati:

- a) su qualsiasi mezzo che non sia classificato aeromobile dalle competenti Autorità quali deltaplani, ultraleggeri e girocotteri;
- b) su aeromobili non in regola con le disposizioni di legge, di regolamenti o norme e abilitazioni relative allo stato di navigabilità e di efficienza, nonché su aeromobili il cui equipaggio non abbia i prescritti brevetti, licenze, abilitazioni, autorizzazioni e simili in regolare corso di validità, quando la irregolarità sia nota all'*Assicurato*.

La *Società* non indennizza inoltre gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato*:

- c) alla guida di aeromobili o 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.
- d) a seguito di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- e) in conseguenza di pratica di sport aerei in genere;
- f) a seguito della partecipazione a imprese di carattere eccezionale;
- g) in occasione di voli effettuati per tentativi di primati, gare e competizioni di ogni genere e relative prove preparatorie;
- h) in conseguenza dell'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- i) in conseguenza a stato di ubriachezza accertata;
- j) a causa, in tutto o in parte, di dolo o colpa grave dell'*Assicurato* o del *Beneficiario*;
- k) a causa di 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.);
- l) in conseguenza a guerre e insurrezioni.

L'assicurazione non è operante nei Paesi considerati a rischio da parte del Ministero degli Esteri. A tal fine è necessario consultare il sito www.viaggiareassicuri.it alla voce Viaggiare Sicuri inserendo il Paese di destinazione.

La copertura è comunque operante per i voli effettuati su ognuno dei Paesi esclusi, di cui al precedente comma, esclusivamente quando il volo avviene in corridoi aerei internazionali autorizzati in conformità a quanto stabilito dall'I.C.A.O.

Indipendentemente dai limiti territoriali di validità della garanzia, la garanzia non è operante per i voli effettuati in Paesi dove le operazioni di volo sono vietate da sanzioni dell'ONU.



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'*Assicurato* e indicate nella *scheda di polizza*.

10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La *Società* corrisponde l'*indennizzo* per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio* medesimo. Pertanto:

- non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio*, in quanto conseguenze indirette di esso;
- se al momento dell'*infortunio* l'*Assicurato* è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla garanzia *Invalità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'art. 10.3 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

10.2 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'*assicurazione*, in caso di *infortunio* l'*Assicurato*, il *Contraente* o altra persona in sua vece deve denunciare l'*infortunio* entro 10 giorni dal *sinistro*, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla Sede della *Società*.

La denuncia deve contenere la descrizione dell'*infortunio* e l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato.

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, con particolare riguardo alla *cartella clinica* nel caso in cui vi sia stato un *ricovero*;
- acconsentire alla visita dei medici della *Società* ed 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 lo hanno visitato o curato.

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

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

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

In aggiunta a quanto sopra indicato 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 da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;

- qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i *beneficiari* o gli eredi legittimi, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Società* 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.

10.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La *Società*, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.

L'*indennizzo* verrà corrisposto in *Italia*.

Le spese relative ai certificati medici e a 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*.

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

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

Se l'*Assicurato* muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'*infortunio* denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in *polizza*, la *Società* liquida ai *beneficiari*, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 10.1 e 10.2, 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 grado di *invalidità permanente* è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE*

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

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%	

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

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

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54391



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 - 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 a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.