



Gulliver - Circolazione Stradale

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DELLA CIRCOLAZIONE.

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 CIRCOLAZIONE STRADALE

**Mod. INF54381
Ed. 01/2021
Rist. 08/2022**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE – 24 ore - 7 giorni su 7	800 042 042
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 tematicamente 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 – Circolazione Stradale è la polizza di Italiana Assicurazioni per tutelare le persone dai rischi che si corrono durante la circolazione stradale, in qualità sia di trasportato sia di conducente del veicolo.

Quest'ultimo, infatti, senza una copertura ad hoc come Gulliver – Circolazione Stradale, in caso di incidente potrebbe rischiare di essere l'unico soggetto non coperto per eventuali danni fisici.

Se da un lato, in caso di sinistro con ragione, il conducente viene risarcito dalla polizza RC Auto della controparte, dall'altro, in caso di sinistro con torto, risulta escluso dalla copertura della propria RC Auto, che risarcisce esclusivamente i danni provocati a terzi (altri veicoli, cose e persone trasportati sul proprio veicolo, altre persone coinvolte nell'incidente).

Di conseguenza, la polizza Gulliver – Circolazione Stradale consente di tutelarsi in caso di infortuni durante la circolazione stradale, a bordo dei veicoli assicurabili, selezionando la tipologia di rischio che si intende assicurare tra le diverse opzioni disponibili:

- **Conducente autovettura**, che consente di assicurare chiunque si trovi alla guida di una specifica autovettura, ad uso privato, identificata mediante la targa.
- **Conducente ciclomotore**, che consente di assicurare chiunque si trovi alla guida di uno specifico ciclomotore, ad uso privato, identificato mediante la targa.
- **Guidatore e Trasportati**, che, oltre ad assicurare i trasportati e le tipologie di conducenti anonimi, consente anche di identificare puntualmente uno specifico Assicurato, garantendogli la copertura alla guida di veicoli assicurabili.

La scelta tra queste diverse opzioni, alternative tra loro, dipende dalle caratteristiche del cliente e dalle specifiche esigenze che intende soddisfare: per una famiglia con un'unica automobile, guidata da diversi membri del nucleo, l'opzione Conducente Autovettura consente di assicurare chiunque si trovi alla guida del veicolo con il consenso del Contraente. Invece, per un soggetto abituato a guidare veicoli diversi, l'opzione Guidatore Nominato garantisce la copertura su qualsiasi mezzo utilizzato purché appartenente alla categoria di veicolo dichiarata in scheda di polizza.

Per costruire la propria copertura, occorre poi selezionare le garanzie all'interno di tre sezioni - Infortuni, Tutela Legale e Assistenza. Considerando le finalità di copertura di Gulliver – Circolazione Stradale, la sezione Infortuni rappresenta il cuore del prodotto ed è pertanto obbligatoria; le altre due sezioni sono opzionali e possono operare solo in abbinamento alla sezione Infortuni.

All'interno di ogni sezione, sono disponibili diverse garanzie, per consentire all'Assicurato di costruire la copertura più affine alle sue esigenze:

Sezione Infortuni

- Morte;
- Invalidità Permanente;
- Diaria da Ricovero;
- Rimborso Spese di Cura;
- Rendita Vitalizia.

Sezione Assistenza

- Assistenza Più;
- Assistenza in viaggio;
- Assistenza speciale in casa.

Sezione Tutela Legale



















- Garanzia Circolazione.



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 <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	8
 2 DURATA DELLA COPERTURA	9
 3 DISDETTA E RECESSO	9
 4 INFORMAZIONI SUL <i>PREMIO</i>	10
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	10
 6 ALTRE INFORMAZIONI	11
SEZIONE INFORTUNI	12
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	12
 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	15
 9 CHE COSA NON È ASSICURATO	16
 10 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI E <i>FRANCHIGIE</i>	17
 11 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	17
SEZIONE ASSISTENZA	23
 12 CHE COSA POSSO ASSICURARE	23
 13 CHE COSA NON È ASSICURATO	28
 14 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	29
SEZIONE TUTELA LEGALE	30
 15 CHE COSA POSSO ASSICURARE	30
 16 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	32
 17 CHE COSA NON È ASSICURATO	32
 18 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	33

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.



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.



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.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Assistenza prestata da infermieri in possesso di specifico diploma.

BAGAGLIO

L'insieme dei capi di vestiario e degli oggetti di uso personale che l'*Assicurato* porta con sé durante il *viaggio*.

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.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte di Reale Group, che eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con la *Società*.

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*.

DANNO ESTETICO

Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA

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

INDENNIZZO

Somma dovuta 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*.

MASSIMALE

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

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA

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

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, *visite specialistiche*, cure mediche, materiali e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici; si ritengono comunque escluse le spese per i certificati. Non sono compresi Farmaci e Specialità medicinali.

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*.

SCHEDE 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 dell'evento per cui è prestata la garanzia.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA SANITARIA

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

Non sono 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.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

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

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento al di fuori del comune di *residenza* o soggiorno dell'*Assicurato*.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

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*, se identificato, 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*, se identificato, 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*, se identificati, 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*.

1.6 TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ

In caso di polizza a copertura del veicolo identificato qualora il *Contraente* si sposti del mezzo assicurato ed impropri di uno nuovo, al fine di mantenere l'operatività della garanzia varrà quanto previsto nell'allegato alla *scheda di polizza* alla voce COLLEGAMENTO DELLA GARANZIA INFORTUNI A POLIZZA R.C.A. al fine del trasferimento dell'*assicurazione* sul nuovo mezzo.

Qualora tale clausola non risulti operativa il *Contraente* potrà chiedere il trasferimento dell'*assicurazione* su un nuovo mezzo, rientrante nella medesima categoria (veicolo del medesimo peso massimo a pieno carico), anche se questo fosse un mezzo del quale era già in possesso, ma non già assicurato.



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 data di scadenza indicata sulla *scheda di polizza*, senza necessità di formalità alcuna, fatta salva la facoltà del *Contraente* di prorogare l'*assicurazione* per un ulteriore anno mediante il pagamento del *premio*, e così successivamente.

In caso di mancato pagamento del *premio* le garanzie rimarranno comunque operanti fino alle ore 24 del 15° giorno successivo alla scadenza del contratto.

In caso di guidatore nominato, qualora nella casella "tacito rinnovo" della *scheda di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.



3. DISDETTA E RECESSO

3.1 DISDETTA

In caso di guidatore nominato, è possibile impedire il rinnovo della *polizza* tramite disdetta mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto. La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

3.2 RECESSO

Sia per la Sezione *Infortuni* sia per la Tutela Legale è prevista la 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. (indiriz-

zo: 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 periodi di *assicurazione* di 1 anno ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente articolo 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. Il *premio* di *polizza*, perciò, sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, mentre i valori e i limiti delle prestazioni, escluse le *franchigie*, saranno adeguati ogni mese; ne consegue che, 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.

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

5. DOVE VALE LA COPERTURA



Sia per la Sezione *Infortuni*, sia per la Sezione Assistenza, la copertura vale in tutto il mondo.

Per la Sezione Tutela Legale, invece, la copertura vale in *Italia*.

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE 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.

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.

SEZIONE *INFORTUNI*

La Società assicura contro gli *infortuni*:

- la persona indicata nella *scheda di polizza*;
 - il conducente o il passeggero/i del veicolo indicato nella *scheda di polizza*;
- e presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza*.



7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

7.1 MORTE

Se l'*Assicurato* muore entro due anni dal giorno dell'*infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* la Società liquida la somma assicurata ai *beneficiari*.

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.

INCREMENTO 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 dell'*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. 11.4.

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 FRANCHIGIE

L'*indennizzo* è calcolato diminuendo della *franchigia* il grado di *invalidità permanente* accertato. Di seguito vengono indicate le forme di *franchigia* applicabili in base alla tipologia di rischio assicurato e nella *scheda di polizza* viene riportata la *franchigia* operante:

A. Conducente autovettura

Nessuna *franchigia* su tutto il capitale assicurato per *invalidità permanente* totale.

B. Conducente ciclomotore

Franchigia del 3% su tutto il capitale assicurato per *invalidità permanente* totale.

C. Guidatore e Trasportati

1. Guidatore anonimo di trattore, macchina agricola, macchina operatrice o Guidatore anonimo di motociclo identificato o Trasportato anonimo di motociclo ad uso privato identificato

- *franchigia* 3% sulla prima frazione di capitale assicurato fino a 77.500 euro;
- *franchigia* 5% sulla seconda frazione di capitale assicurato oltre 77.500 euro e fino a 155.000 euro;
- *franchigia* 10% sulla restante frazione di capitale assicurato oltre 155.000 euro.

Franchigia	Frazioni di capitale
3%	Fino a € 77.500
5%	Oltre € 77.500 e fino a € 155.000
10%	Oltre € 155.000



Esempio funzionamento *franchigia* per Guidatore e Trasportati - Guidatore anonimo di trattore, macchina agricola, macchina operatrice

- Somma assicurata € 200.000
- *Invalidità permanente* accertata 11%
- *Franchigia*: 3% per i primi € 77.500 di capitale assicurato, 5% oltre € 77.500 e fino a € 155.000 di capitale assicurato e 10% oltre € 155.000

Viene liquidato un *indennizzo* di € 11.300 così di seguito calcolato:

- sulla prima frazione di capitale (vale a dire fino a € 77.500) è calcolato un *indennizzo* di € 6.200 (ottenuto con il seguente conteggio: 11% - 3% = 8% da applicare a € 77.500)
- sulla seconda frazione di capitale (vale a dire € 155.000 - € 77.500 = € 77.500) è calcolato un *indennizzo* di € 4.650 (ottenuto con il seguente conteggio: 11% - 5% = 6% da applicare a € 77.500)
- sulla restante frazione di capitale (vale a dire € 200.000 - € 155.000) è calcolato un *indennizzo* di € 450 (ottenuto con il seguente conteggio: 11% - 10% = 1% da applicare a € 45.000)

2. Altre tipologie di rischio assicurato:

- nessuna *franchigia* sulla prima frazione di capitale assicurato fino a 77.500 euro;
- *franchigia* 5% sulla seconda frazione di capitale assicurato oltre 77.500 euro e fino a 155.000 euro;
- *franchigia* 10% sulla restante frazione di capitale assicurato oltre 155.000 euro.

Franchigia	Frazioni di capitale
0%	Fino a € 77.500
5%	Oltre € 77.500 e fino a € 155.000
10%	Oltre € 155.000

7.2.2 ASSORBIBILITÀ DELLE FRANCHIGIE

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* (se prevista).



Esempio funzionamento assorbibilità *franchigia* per Conducente Ciclomotore

- Somma assicurata 180.000 €
- *Invalidità permanente* accertata 25%
- Assorbibilità 15%
- *Franchigia*: 3% su tutto il capitale assicurato

Siccome il grado di *invalidità permanente* è superiore all'assorbibilità non viene applicata alcuna *franchigia*. Viene perciò liquidato un *indennizzo* di € 45.000 ottenuto applicando 25% a € 180.000

7.3 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

La *Società*, per la cura delle lesioni determinate da *infortunio*, verificatesi entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*, rimborsa, fino alla concorrenza del *massimale* assicurato previsto nella *scheda di polizza*, le spese sostenute dall'*Assicurato*, in caso di *ricovero* o in assenza di questo, secondo quanto riportato ai successivi punti A e B.

Sono inoltre comprese, fino alla concorrenza del medesimo *massimale* indicato nella *scheda di polizza*, le spese sostenute dall'*Assicurato*:

- per l'*assistenza infermieristica domiciliare*, con il limite di € 60 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;
- in caso di intervento riparatore del *danno estetico* per la chirurgia plastica, fino a € 5.200 per *sinistro*, purché l'*infortunio* sia provato da documentazione medica;
- per il trasporto fino alla *struttura sanitaria* o al luogo di soccorso o da una *struttura sanitaria* all'altra, con il limite di € 520 o di € 2.600 in caso di intervento di eliambulanza.

A. DURANTE IL RICOVERO:

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- diritti di sala operatoria e rette di degenza.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la *Società*, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 110 per ogni giorno, fino ad un massimo di 90 pernottamenti per *sinistro*.

B. SUCCESSIVE AL RICOVERO O IN ASSENZA DI RICOVERO:

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche;
- cure e protesi dentarie rese necessarie da *infortunio*.

Le spese successive al *ricovero* o in assenza di *ricovero* sono rimborsate con l'applicazione di una *franchigia* di € 50 per *sinistro*.

Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'*infortunio*.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, la *Società* rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della *franchigia*.



Esempio di rimborso spese di cura:

- somma assicurata € 5.000
- importo della prestazione effettuata in assenza di *ricovero* e indennizzabile pari a € 1.000
- *franchigia* € 50 che rimane a carico dell'*Assicurato*

L'importo liquidato è pari a € 950

7.4 DIARIA PER RICOVERO

La *Società* in caso di *ricovero* in *struttura sanitaria* reso necessario da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* corrisponde all'*Assicurato* l'indennità giornaliera indicata in *polizza* per ogni giorno di *ricovero*, per un periodo non superiore a 365 giorni per ogni *infortunio*.

7.5 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 di € 6.200. 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.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



8.1 AMBITO DI COPERTURA

L'*assicurazione* copre gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato* durante la circolazione. La copertura vale anche per gli *infortuni* occorsi durante la riparazione del mezzo e le relative operazioni di controllo necessarie per riprendere la marcia, escluso il caso di guidatore anonimo di trattore, macchina agricola e macchina operatrice per la cui tipologia di rischio la garanzia opera sia per trasferimenti sia per esecuzioni di lavori, ma non per gli *infortuni* occorsi al conducente mentre si trova a terra, anche se occupato in operazioni inerenti al funzionamento del veicolo cui si riferisce l'*assicurazione*.

8.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

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

- 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;

- causa terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani. Se l'*infortunio* si verifica entro i confini italiani la somma assicurata è ridotta del 50%;
- causa guerra, se e in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. La garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

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 al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste.

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* derivanti da:

- partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore;
- guida di veicoli o natanti a motore se l'*Assicurato* non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta a condizione che l'*Assicurato* abbia, al momento del *sinistro*, i requisiti per il rinnovo. Non vengono altresì indennizzati gli *infortuni* derivanti dalla guida di ciclomotori se l'*Assicurato* è sprovvisto di certificato di idoneità alla guida;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- stato di ubriachezza accertata;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalaya-ne, andine, regate oceaniche, sci estremo).

10. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI E *FRANCHIGIE*



Garanzia	Rischio assicurato	Franchigia
Invalidità permanente	Conducente autovettura	Nessuna franchigia
	Conducente ciclomotore	Franchigia 3% su tutto il capitale
	Guidatore e Trasportati – Guidatore anonimo di trattore, macchina agricola, macchina operatrice – Guidatore anonimo di motociclo identificato – Trasportato anonimo di motociclo ad uso privato identificato	<ul style="list-style-type: none">▪ Franchigia 3% sulla prima frazione di capitale▪ Franchigia 5% sulla seconda frazione di capitale▪ Franchigia 10% sulla restante frazione di capitale
	Guidatore e Trasportati - Altre tipologie di rischio assicurato	<ul style="list-style-type: none">▪ Nessuna franchigia sulla prima frazione di capitale▪ Franchigia 5% sulla seconda frazione di capitale▪ Franchigia 10% sulla restante frazione di capitale
Rimborso spese di cura		Franchigia € 50 per spese successive al ricovero o in assenza di ricovero
Rendita vitalizia		Franchigia 59%

11. 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*.

11.1 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 *Invalidità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'art. 11.4 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

11.2 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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* 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 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*.

A) MORTE

In aggiunta a quanto sopra indicato (art. 11.2) 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.

B) RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

In aggiunta a quanto sopra indicato (art. 11.2) per ottenere il rimborso delle spese di cura, l'*Assicurato* deve presentare i documenti di spesa in originale. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

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

11.3 DATA DEL SINISTRO

Per "data del *sinistro*" si intende:

- per la garanzia Diaria per *Ricovero*, la data in cui si è verificato il *ricovero*;
- per le altre garanzie della Sezione *Infortuni* la data di accadimento dell'*infortunio*.

11.4 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*, il *Contraente* o altra persona in sua vece deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la *struttura sanitaria*.

A) Rimborso spese di cura

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 desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

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.

B) Invalidità permanente

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 – per cause indipendenti dalle lesioni subite – 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 agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*Assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 11.1 e 11.2, 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	
	Destro	Sinistro
▪ Sordità completa di un orecchio	15%	
▪ Sordità completa bilaterale	60%	
▪ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
▪ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi la tabella seguente):

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

Note

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

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

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
▪ Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
▪ Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
▪ Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
▪ Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
▪ Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
▪ Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
▪ Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	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	
	Destro	Sinistro
▪ Anchilosi completa dell'articolazione radio–carpica in estensione rettilinea	18%	15%
▪ Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
▪ Anchilosi completa coxo–femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
▪ Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo–femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
▪ Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
▪ Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
▪ Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
▪ Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
▪ Perdita dell'avampiede alla linea tarso–metatarso	30%	
▪ Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
▪ Perdita totale del solo alluce	7%	
▪ 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 mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato, che si trova in difficoltà a seguito di *infortunio* verificatosi durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti d'informazioni in ambito sanitario, la *Società* offre le prestazioni di seguito indicate.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la *Centrale Operativa* di Blue Assistance, 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 prestazione richiesta,
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

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



12. CHE COSA POSSO ASSICURARE

12.1 SERVIZI SEMPRE OPERANTI

I servizi di seguito elencati sono sempre operanti qualora venga acquistata almeno una tra le garanzie di Assistenza indicate agli artt. 12.2, 12.3 e 12.4.

✓ Consigli medici telefonici

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

✓ Rete di strutture convenzionate

Qualora l'Assicurato richieda informazioni e prenotazioni su *strutture sanitarie*, la *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di informazioni e prenotazioni presso le *strutture sanitarie* con essa convenzionate.

Il costo delle eventuali prestazioni è a carico dell'Assicurato, che usufruisce di tariffe preconcordate e scontate.

Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 esclusi i giorni festivi anche infrasettimanali.

✓ Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora l'Assicurato si trovi all'estero e richieda una *visita specialistica*, la *Centrale Operativa* provvede a segnalare il nominativo di un medico il più vicino possibile al luogo in cui si trova l'Assicurato.

✓ Collegamento continuo con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato, nel corso di un *viaggio*, a seguito d'*infortunio* o *malattia*, debba essere ricoverato d'urgenza in una *struttura sanitaria* ed i suoi familiari richiedano d'essere informati sulle sue condizioni, la *Centrale Operativa* provvede ad effettuare un collegamento telefonico diretto tra i propri medici di guardia ed il medico curante sul posto.

Le notizie cliniche saranno poi comunicate telefonicamente alla famiglia dell'Assicurato.

In aggiunta ai servizi sempre operanti la *Società* presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza*.

12.2 GARANZIA ASSISTENZA PIÙ

✓ Invio di un medico generico

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

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione viene fornita gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo.

✓ Trasporto in autoambulanza

Qualora l'Assicurato richieda un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *struttura sanitaria* o da questa alla sua *residenza*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede all'invio.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per evento.

✓ Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata per essere ricoverato, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata;
- organizzare i contatti medici;
- organizzare il trasferimento dell'Assicurato con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo: aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo), aereo di linea (eventualmente barellato), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- organizzare i contatti tra i medici e la famiglia nel corso del *ricovero*.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di *malattie* in atto al momento della partenza per il *viaggio* e note all'Assicurato, di *malattie* manifestatesi e/o di *infortuni* occorsi prima della partenza, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

12.3 GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO

✓ Invio di un medico generico in *viaggio*

Qualora l'*Assicurato* richieda una visita medica in *Italia* al di fuori del proprio comune di *residenza*, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'*Assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza, o altri mezzi adatti alla circostanza.

✓ Assistenza medica generica per minori o portatori di handicap

Qualora, nel corso di un *viaggio* dell'*Assicurato*, la persona incaricata della custodia dei suoi figli minori o di persone portatori di handicap, non in *viaggio*, richieda per loro una visita medica in *Italia* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con la persona incaricata della custodia dei figli, il loro trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza ed il successivo rientro alla loro *residenza*.

✓ *Viaggio* di un familiare con soggiorno

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

- A. 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;
- B. prenota per il familiare un albergo. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per *Assicurato* e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

✓ Assistenza a figli minori

Qualora l'*Assicurato*, nel corso di un *viaggio*, sia nell'impossibilità d'occuparsi di figli minori che viaggiano con lui, la *Centrale Operativa*:

- A. mette a disposizione di una persona, incaricata di prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il *viaggio* con altro mezzo di trasporto;
- B. prenota per la persona incaricata un albergo. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per *Assicurato* e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

✓ Interprete a disposizione all'estero

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

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per *Assicurato*.

✓ Prolungamento del soggiorno

Qualora l'*Assicurato*, nel corso di un *viaggio*, come certificato dal medico curante, sia costretto a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, la *Centrale Operativa* provvede a prenotargli un albergo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per *Assicurato* e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

L'*Assicurato* è tenuto a fornire, a richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 30 giorni, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante.

✓ **Anticipo di spese di prima necessità**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un *viaggio*, debba sostenere spese impreviste a seguito di *malattia* o di *infortunio* o anche a seguito di furto, rapina, scippo o mancata consegna del *bagaglio*, la *Centrale Operativa* provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione fino alla concorrenza di € 2.600 per Assicurato.

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato o altra persona che agisca in sua vece deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla *Centrale Operativa*, per la restituzione dell'anticipo. Al rientro alla propria *residenza* l'Assicurato è tenuto a rimborsare alla *Centrale Operativa* la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.

✓ **Rientro sanitario**

Qualora nel corso di un *viaggio* a seguito di *malattia* o *infortunio* vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua stessa *residenza* o in una *struttura sanitaria* prossima alla sua *residenza* idonea a garantirgli cure specifiche, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia, 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 di guardia ritengono 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);
 - treno (prima classe);
 - autoambulanza;
 - 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 *malattie* in atto al momento della partenza per il *viaggio* e note all'Assicurato, di *malattie* manifestatesi e/o di *infortuni* occorsi prima della partenza, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26[°] settimana.

✓ **Rientro del convalescente**

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

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua *residenza* nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza 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.

✓ **Rientro anticipato per decesso di un familiare o di un contitolare dell'azienda o studio professionale**

Qualora, nel corso di un *viaggio* dell'Assicurato, deceda un suo familiare (coniuge/convivente, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) od un contitolare della sua azienda o del suo studio professionale e sia indispensabile ed indifferibile la presenza dell'Assicurato sul posto di lavoro, la *Centrale Operativa* provvede a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dov'è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria *residenza*.

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 30 giorni, il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe.

✓ **Rientro dei passeggeri trasportati**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un *viaggio* come conducente di un autoveicolo, sia ricoverato in una *struttura sanitaria* e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del *ricovero* e qualora nessuno dei passeggeri a bordo sia in grado di sostituirlo alla guida, la *Centrale Operativa* provvede a mettere a disposizione un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il *viaggio* con altro mezzo di trasporto a favore:

A. degli stessi passeggeri per rientrare alla loro *residenza*;

B. di una persona indicata dall'Assicurato o dai suoi familiari per recuperare l'autoveicolo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per Assicurato per trasferimenti sul territorio nazionale e di € 1.600 dall'estero. Sono escluse le spese di soggiorno e qualsiasi altra spesa.

✓ **Rientro funerario**

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.

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.

12.4 GARANZIA ASSISTENZA SPECIALE IN CASA

Le garanzie sotto riportate operano gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo.

✓ **Prelievo di campioni d'analizzare**

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua *residenza* di un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni d'analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

✓ **Effettuazione di radiografie ed ecografie**

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua *residenza* di una radiografia e/o di una ecografia, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

✓ **Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto**

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato, richieda un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* in *strutture sanitarie* dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a erogare il servizio, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 520 per evento.

✓ Invio di un infermiere

Qualora l'*Assicurato*, ricoverato in una *struttura sanitaria*, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, l'*assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 520 per evento.

✓ Invio di un fisioterapista

Qualora l'*Assicurato*, ricoverato in una *struttura sanitaria*, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 520 per evento.

13. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate; schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste.

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 eroga le prestazioni qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- *infortuni* derivanti dalla pratica di partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.

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



14. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

14.1 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 richiesto 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'avvenimento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

14.2 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 od usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

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

14.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La *Società* ha il 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.

SEZIONE TUTELA LEGALE

La *Società* presta la garanzia della presente Sezione a favore degli *Assicurati* indicati nella *scheda di polizza*, per i quali la presente sezione sia esplicitamente richiamata nella scheda stessa.

Nel solo caso di *infortunio* mortale la garanzia è prestata a favore dei *beneficiari* designati dall'*Assicurato* indicati nella *scheda di polizza* o, in mancanza di designazione, a favore degli eredi legittimi o testamentari.

La gestione dei *sinistri* della Sezione Tutela Legale è affidata dalla *Società* a ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'*Italia* (in seguito denominata ARAG), con sede e Direzione Generale in Viale del commercio n° 59 – 37135 VERONA

- telefono 045 829 04 11,
 - fax 045 829 05 57 (per invio nuove denunce di *sinistro*)
 - fax 045 829 04 49 (per invio successiva documentazione relativa alla gestione del *sinistro*)
- a cui l'*Assicurato* può rivolgersi direttamente.

Inoltre, al numero telefonico



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

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

15. CHE COSA POSSO ASSICURARE



La *Società* presta la garanzia sottoindicata solo se esplicitamente richiamata nella *scheda di polizza*.

La *Società* assicura, in sede extragiudiziarie e giudiziarie e nei limiti del *massimale* convenuto sulla *scheda di polizza*, l'assistenza legale ed i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'*Assicurato* nei casi indicati all'art. 15.1.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del *sinistro* del caso assicurativo nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 9 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- le indennità a carico dell'*Assicurato* spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalla tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo nel caso in cui la mediazione sia prevista obbligatoriamente per legge;

- le spese peritali in genere (Consulente Tecnico – Consulente Tecnico di Parte – Periti in genere) purché concordate con ARAG ai sensi dell'art. 18.3;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo art. 18.3;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- le spese attinenti all'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. 18.1. Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa polizza, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato – Contraente.

15.1 GARANZIA CIRCOLAZIONE

La garanzia riguarda esclusivamente *sinistri* concernenti una delle seguenti opzioni:

- 1 Il veicolo assicurato espressamente identificato sulla *scheda di polizza*: la copertura vale per il proprietario, il locatario in base a un contratto di leasing, il conducente autorizzato e i trasportati;
- 2 La circolazione stradale di qualsiasi veicolo condotto dall'Assicurato, purché la guida di tale veicolo sia consentita dalla patente dell'Assicurato espressamente indicata nella *scheda di polizza*: la copertura vale per l'Assicurato ed i trasportati sul veicolo condotto dall'Assicurato.

Le garanzie valgono per:

- controversie relative a danni a cose e/o persone per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti a seguito della circolazione;
- difesa penale per delitto colposo o contravvenzione avvenuti in conseguenza della circolazione; la garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
- assistenza nei procedimenti di dissequestro del veicolo assicurato o del veicolo condotto dall'Assicurato in caso di sequestro avvenuto in conseguenza di incidente stradale;
- istanza di modifica del provvedimento di sospensione e/o revoca della patente in conseguenza di incidente stradale. ARAG provvederà su richiesta dell'Assicurato, alla redazione e presentazione del ricorso purché l'Assicurato faccia pervenire ad ARAG il provvedimento in originale entro 5 giorni dalla data di notifica dello stesso.

16. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



16.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

La *Società* presta la garanzia per le controversie determinate da fatti verificatisi dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'*assicurazione* e che siano stati denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della *polizza*.

16.2 INSORGENZA DEL SINISTRO

Per inizio del *sinistro* si intende il momento:

- del verificarsi dell'evento che ha originato il diritto al risarcimento, per il recupero di danni extracontrattuali;
- in cui l'*Assicurato*, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge per tutte le restanti ipotesi.

In presenza di più violazioni della stessa natura si fa riferimento, per il momento di insorgenza del *sinistro*, alla data della prima violazione.

Si considerano a tutti gli effetti unico *sinistro*:

- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

16.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

La garanzia della presente Sezione:

- nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale, vale per i *sinistri* che insorgono in Europa o nei Paesi del bacino del Mediterraneo sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori;
- in tutte le altre ipotesi vale per i *sinistri* che insorgono e devono essere trattati in *Italia*.

17. 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 al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste.

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 presta la garanzia della presente Sezione per:

- il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- il pagamento degli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere);
- per fatti dolosi degli *Assicurati*;
- per vertenze in materia fiscale ed amministrativa;

- per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'*Assicurato* viene perseguito in sede penale;
- se il Conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'*Assicurato*, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 21.12.1969 n. 990 e successive modificazioni;
- nei casi di guida sotto l'influenza dell'alcol (art. 186 Codice della Strada) o per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada) o per violazione dell'art. 189, comma 1, Codice della Strada (comportamento in caso di incidente);
- per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove con veicoli a motore, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;
- per controversie di natura contrattuale;
- per fatti conseguenti a tumulti popolari, atti di guerra, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- per controversie derivanti dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
- per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- per controversie con la *Società*.



18. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

18.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'*Assicurato*, nel momento in cui si è verificato il *sinistro* o, per la sola garanzia morte, qualora in caso il *beneficiario* o gli eredi ne abbia avuto conoscenza, deve dare tempestivo avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede della *Società* o ad ARAG.

In ogni caso deve far pervenire all'Agenzia o alla Sede della *Società* o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 10 giorni dalla data della notifica stessa.

La denuncia deve in ogni caso avvenire nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

L'*Assicurato* può denunciare i nuovi *sinistri* utilizzando la mail denunce@arag.it, oppure il numero di fax + 39 045.8290557; invece, per inviare la successiva documentazione relativa alla gestione dei *sinistri*, può utilizzare la mail sinistri@arag.it oppure il numero di fax +39 045.8290449.

Contemporaneamente alla denuncia l'*Assicurato* ha il diritto di indicare alla *Società*, anche nel caso di conflitto di interessi con la stessa o con ARAG, un unico legale residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per il *sinistro*. In caso di omissione di tale indicazione, se non sussiste conflitto di interessi con la *Società* e con ARAG, quest'ultima si intende delegata a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'*Assicurato* deve conferire mandato.

18.2 FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'*Assicurato* richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente l'Agenzia o la Sede della *Società* o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *sinistro*, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

18.3 GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del *sinistro* ARAG si adopera per realizzarne una bonaria definizione; ove ciò non riesca, se le pretese dell'*Assicurato* presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 18.1.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile sia penale soltanto se l'impugnazione presenti possibilità di successo.

L'*Assicurato* non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica sia giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con ARAG; ARAG, così come la *Società*, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei *sinistri* tra l'*Assicurato* e la *Società* e/o ARAG, la decisione può essere demandata, con esclusione delle vie giudiziarie, ad un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. ARAG avverte l'*Assicurato* del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

18.4 RECUPERO DELLE SOMME

Tutte le somme recuperate o comunque liquidate dalla controparte, a titolo di capitale e interessi, spettano integralmente all'*Assicurato*. Gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente vanno invece a favore di ARAG che le ha sostenute o anticipate.

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54381



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.



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