



Sport e tempo libero

Infortuni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DEL TEMPO LIBERO.

Il presente SET INFORMATIVO, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

SPORT E TEMPO LIBERO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54171 – Ed. 01/2019



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

GLOSSARIO	Pag.	3
DECLARATORIA DEI TIPI DI RISCHIO	"	5
CONDIZIONI GENERALI	"	7
SEZIONE INFORTUNI	"	10
▪ Chi e quando assicuriamo	"	10
▪ Cosa assicuriamo	"	12
▪ Cosa non assicuriamo	"	13
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	"	15
CONDIZIONI PARTICOLARI	"	19

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

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguito. Le definizioni al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ATTIVITÀ RICREATIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di attività del tempo libero altrui, con esclusione di quelle previste nell'attività sportiva e di quelle che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili comunque alle normali funzioni quotidiane, unicamente attuato da Circoli.

ATTIVITÀ SPORTIVA

Il complesso delle misure di organizzazione e controllo sullo svolgimento di sport, esclusivamente attuato da enti sportivi, nell'ambito delle strutture da questi gestite e tramite il personale a ciò abilitato.

AUSILIARI

Tutte le persone con incarichi di tipo amministrativo e/o gestionale, che non comprendano quindi né attività sportive né comunque attività che prevedano intensi impegni fisici non riconducibili alle normali funzioni quotidiane, soci e/o tesserati del Contraente od aventi con essa un regolare rapporto di collaborazione documentabile.

Non si intendono in ogni caso ausiliari tutti quei soggetti che, ancorché soci e/o tesserati, prestino la loro opera a carattere lavorativo, percependo per questo una retribuzione sotto qualsiasi forma.

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.

CIRCOLO

Qualunque associazione, società od azienda avente personalità giuridica, se ed in quanto organizzatrice di attività ricreative del tempo libero.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

ENTE SPORTIVO

Federazioni, associazioni o società sportive aventi tra gli scopi la regolamentazione, la promozione e la tutela di attività sportive.

FRANCHIGIE/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato espressa in cifra fissa, in giorni, in percentuale su una somma assicurata o in percentuale sull'ammontare del danno.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Provvedimento terapeutico attuato con manovre strumentali cruenta, eseguito in ambulatorio senza ricovero o presso lo studio di un medico chirurgo.



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

ISTITUTO DI CURA

Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, day hospital/day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiokinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MASSIMALE

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

PARTI

Il Contraente e ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO

Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SCHEDA DI POLIZZA

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

SINISTRO

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

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A

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

DECLARATORIA DEI TIPI DI RISCHIO

(la scelta del tipo di rischio deve espressamente risultare nella scheda di polizza)

L'assicurazione si intende prestata, a seconda della scelta operata nell'apposita sezione della scheda di polizza, per i seguenti casi e condizioni:

1 SQUADRE O ASSOCIAZIONI SPORTIVE

Premesso che il Contraente dichiara di partecipare con i suoi iscritti all'attività sportiva specificata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prestata a favore degli atleti tesserati, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, contro gli infortuni che potessero loro occorrere durante:

- lo svolgimento delle gare (amichevoli o di campionato o di torneo) alle quali il Contraente partecipa;
- gli allenamenti collegiali condotti sotto la direzione dei tecnici sociali e svolti in strutture gestite dal Contraente stesso ed ubicate come indicato nella scheda di polizza;
- i trasferimenti effettuati in forma collettiva con mezzi pubblici (**aerei esclusi**), con mezzi di proprietà del Contraente o con mezzi noleggiati da terzi. **Limitatamente alle gare ufficiali di campionato la garanzia è estesa anche ai trasferimenti individuali nel limite di 1 ora prima dall'inizio della gara e 1 ora dal termine della stessa;** in tal caso, nell'eventualità di sinistro, farà fede il documento di convocazione o qualsiasi atto probatorio valido a dimostrare che l'Assicurato si trasferiva allo scopo di partecipare alla gara.

2 TORNEI SPORTIVI

Si intendono assicurati tutti i partecipanti al torneo gestito dal Contraente ed identificato nella scheda di polizza tramite l'indicazione dell'attività sportiva praticata, dell'ubicazione, del numero dei componenti per ciascuna squadra, del numero totale delle partite del torneo e della relativa consistenza numerica delle presenze partita, desunta dai due precedenti parametri.

3 CORSI TEMPORANEI SPORTIVI E NON

Si intendono assicurati tutti gli iscritti al corso, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante le attività pertinenti al corso stesso e svolte in strutture gestite dal Contraente stesso ed ubicate come indicato nella scheda di polizza.

La durata del corso è la stessa della copertura assicurativa.

4 MANIFESTAZIONI TEMPORANEE SPORTIVE E NON (DIVERSE DAI TORNEI)

Si intendono assicurati tutti i partecipanti, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante la partecipazione alla manifestazione gestita dal Contraente.

La durata della manifestazione è la stessa della copertura assicurativa, la tipologia, il luogo e gli orari di svolgimento della manifestazione stessa sono quelli indicati nella scheda di polizza.

5 CIRCOLO RICREATIVO

Premesso che il Contraente dichiara di svolgere con i suoi iscritti l'attività ricreativa specificata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prestata a favore dei soci tesserati, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, contro gli infortuni che potessero loro occorrere durante:

- la normale permanenza all'interno delle strutture gestite dal Contraente ed ubicate come indicato nella scheda di polizza, comprese piccole operazioni eseguite per la manutenzione e mantenimento delle stesse;
- lo svolgimento di attività ricreative svolte sotto l'egida del Contraente;
- le gite e passeggiate, le visite a musei, a stabilimenti e simili, nonché le manifestazioni ricreative in genere organizzate e svolte sotto l'egida del Contraente.

Dalla copertura si intendono in ogni caso esclusi tutti quei soggetti che, ancorché soci o tesserati, prestino la loro opera a carattere lavorativo, percependo per questo una retribuzione sotto qualsiasi forma.



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

6 VIAGGI E SOGGIORNI TURISTICI

Si intendono assicurati tutti i partecipanti, la cui consistenza numerica è indicata nella scheda di polizza, durante il viaggio o soggiorno turistico collettivo organizzato e svolto sotto l'egida del Contraente.

Il viaggio inizia e termina nel punto di ritrovo collettivo, **è escluso dalla garanzia il tragitto da casa al punto di ritrovo e viceversa.**

La durata del viaggio è la stessa della copertura assicurativa e l'itinerario è quello indicato nella scheda di polizza.

La garanzia è operativa solo per spostamenti collettivi effettuati non con mezzi aeronautici.

La garanzia vale per gli infortuni occorsi durante il viaggio di andata, durante la temporanea permanenza nelle località visitate, compresa la pratica occasionale di sport non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione e termina con il viaggio di rientro.

Qualora l'Assicurato risulti affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici, la garanzia sarà valida ugualmente, ferme restando le Condizioni di Assicurazione per quanto riguarda i criteri di indennizzabilità (art. 5.2) e le persone non assicurabili (art. 4.2).

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 4.2 (LIMITE D'ETÀ. PERSONE NON ASSICURABILI) si prende atto che **la garanzia è operativa anche per persone di età superiore ai 75 anni, ma non agli 80 compiuti, limitatamente al caso di Morte ed Invalidità Permanente, per quest'ultima previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta del 5% fino a euro 210.000.**

Eventuali ulteriori garanzie non saranno da intendersi operative anche se previste e di ciò si è tenuto conto nel premio assicurativo.

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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE 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.

ART. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.3 CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

(questa norma si applica qualora nell'arco della durata contrattuale fossero necessari inserimenti in garanzia di nuove unità)

Premesso che il Contraente dichiara che il numero degli iscritti, associati, tesserati o partecipanti per ogni categoria o gruppo al momento della stipulazione del contratto non supera il numero indicato nella scheda di polizza e che su questi viene calcolato il premio iniziale, qualora nel corso del contratto la consistenza numerica debba essere incrementata con nuove unità in ingresso in garanzia, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società a mezzo raccomandata o fax da spedire all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

La garanzia, in deroga a quanto previsto all'art. 1.2 (PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA) per questi nuovi ingressi partirà dalle ore 24 della data di spedizione della raccomandata o di ricezione del fax. Sulla scorta di queste comunicazioni **entro 15 giorni dal termine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto alla corresponsione della regolazione del relativo maggior premio** tenuto conto che:

- per polizze di durata annuale:
 - tutti coloro che entrano in garanzia nei primi sei mesi il Contraente pagherà il 100% del premio annuo;
 - tutti coloro che entrano in garanzia nei secondi sei mesi il Contraente pagherà il 50% del premio annuo.
- per polizze di durata inferiore all'anno:
 - tutti coloro che entrano in garanzia in corso di durata contrattuale dovranno il premio pattuito, in forma integrale.

Nel caso in cui il Contraente, nei termini previsti, non abbia effettuato il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio, anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto di quanto dovuto a completamento della regolazione stessa. In tale eventualità la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, verranno liquidati in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in ugual misura.

La Società ha diritto di effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire le documentazioni e i chiarimenti necessari.



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

ART. 1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 1.5 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società hanno la facoltà di far cessare la garanzia limitatamente alla persona cui si riferisce il sinistro o di recedere dall'assicurazione, in entrambi i casi, con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 1.6 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Inoltre, in caso di durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

ART. 1.7 ONERI FISCALI

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

ART. 1.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

Qualora la somma assicurata con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Il Contraente e/o l'Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto dell'indennizzo.

ART. 1.10 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

ART. 1.11 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Codice Civile) con rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 1.12 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

ART. 1.13 RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di sua morte, i beneficiari, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione dei danni derivati dall'infortunio, l'indennità dovuta a sensi di polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detta indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.



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

ART. 1.14 LIMITE DI RISARCIMENTO

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di euro 2.000.000 intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto

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

SEZIONE INFORTUNI

CHI E QUANDO ASSICURIAMO

ART. 2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Qualora risultino assicurati la totalità degli iscritti, associati, tesserati o partecipanti, il Contraente è esonerato dal dichiarare i nominativi delle persone in garanzia. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri vidimati del Contraente stesso, alle risultanze contabili vincolate all'iscrizione e/o tesseramento o a qualsiasi atto probatorio legalmente o fiscalmente valido ad attestare il diritto alla copertura assicurativa, atti tutti che il Contraente stesso è tenuto ad esibire a semplice richiesta di un incaricato della Società di fare accertamenti e controlli.

Diversamente da quanto sopra, nel caso in cui gli assicurati non costituissero la totalità degli iscritti, tesserati o partecipanti, la loro identificazione dovrà avvenire tramite un elenco nominativo dettagliato che formerà, in allegato, parte integrante del presente contratto.

ART. 2.2 DEFINIZIONE D'INFORTUNIO - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività indicate in polizza.

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti dall'uso, in qualità di passeggero e dalla guida di autoveicoli (art. 54 N.C.S.) motoveicoli (art. 53 N.C.S.) e imbarcazioni da diporto, nonché dalla guida di ciclomotori (art. 52 N.C.S.), **purché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.**

È compreso l'uso dei mezzi di locomozione pubblici **salvo le esclusioni di cui all'art. 4.1 (ESCLUSIONI).**

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia fortuita causata da fuga di gas o di vapore; gli avvelenamenti acuti e fortuiti da ingestione di cibo o altre sostanze; le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, **escluse, per queste ultime, quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;**
- l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo; le lesioni **(escluse le ernie non traumatiche e le rotture sottocutanee dei tendini)** determinate da sforzi; per le ernie traumatiche si conviene che: - **qualora l'ernia non risulti operabile** secondo parere medico, **verrà considerata soltanto un'indennità non superiore al 10%** della somma assicurata per invalidità permanente totale - **qualora l'ernia sia operabile non verrà corrisposta alcuna indennità** - qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo art. 5.3 (CONTROVERSIE);
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;** gli infortuni derivanti dalla partecipazione ad imprese temerarie compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- la morte da infarto e in genere da sindromi cardiovascolari, **intervenute unicamente durante lo svolgimento di un'attività sportiva assicurata ed in conseguenza dello stesso, esclusivamente se l'assicurato sia stato dichiarato idoneo allo svolgimento di tale attività sportiva.**

ART. 2.3 ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI (La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno).

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti: ha inizio



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

dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Sono esclusi i viaggi effettuati:

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di Aereoclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

La somma dei capitali della presente ed altre assicurazioni infortuni comuni cumulative, che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato e da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di:

- **per il caso di morte:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per aeromobile;
- **per il caso di invalidità permanente totale:**
euro 1.100.000 per persona e euro 5.200.000 per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative, che includano il rischio volo, stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi predetti, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazioni proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare sommate, detti limiti.

Salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione. Eventuale aumenti dei predetti limiti devono essere preventivamente concordati con la Società.

La Società dichiara che il premio relativo:

- alla estensione di cui alla presente garanzia è pari al 2% (dueper cento) del totale del premio imponibile della garanzia infortuni;
- ai capitali eccedenti quelli indicati nel presente articolo sarà quello applicato ai livelli correnti del mercato delle assicurazioni aeronautiche.

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

COSA ASSICURIAMO

ART. 3.1 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

Qualora non sia stata fatta designazione, la somma assicurata sarà corrisposta al coniuge, ai figli e, se vivevano a carico dell'Assicurato, ai parenti entro il terzo grado e agli affini entro il secondo grado, e si applicano i criteri di ripartizione di cui all'art. 2122 del Codice Civile.

In mancanza delle predette persone, la somma verrà attribuita secondo i criteri della successione testamentaria o legittima.

ART. 3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa - anche se successiva alla scadenza del contratto - si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, qualora i postumi siano già stati stabilizzati la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni e percentuali seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 20% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata.

Negli altri casi l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella che segue:

Grado (%) di Invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata da 0 a 210.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 210.000 euro
1-2-3-4-5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	1
12	7	2
13	8	3
14	9	4
15	10	5
16	11	6
17	12	7
18	13	8
19	14	9
20	15	10

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

ART. 3.3 INDENNITÀ GIORNALIERA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto, verrà corrisposta **per un periodo non superiore a 100 giorni**, una indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni pernottamento.

ART. 3.4 RIMBORSO SPESE DI CURA

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza e per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute per:

- a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) **effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento – comprese le endoprotesi – trattamenti riabilitativi, rette di degenza **durante il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti e trattamenti riabilitativi **nei 90 giorni successivi: alla dimissione di un ricovero che abbia avuto la durata di almeno 3 pernottamenti, ad un intervento chirurgico ambulatoriale o ad una frattura osteo articolare o lesione capsulo legamentosa radiograficamente accertate in ambiente ospedaliero;**
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per:
- la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore **avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.** Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile certificata da documentazione di pronto soccorso ospedaliero.

Le spese indennizzabili di cui al comma c) del presente articolo verranno rimborsate nella misura dell'80%, con il minimo di euro 100 che resta a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga invece del Servizio Sanitario Nazionale in regime di accreditamento (**non in regime di attività libero professionale c.d. intramoenia**), la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

COSA NON ASSICURIAMO

ART. 4.1 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto disposto dall'art. 2.3 (ASSICURAZIONE INFORTUNI DEI RISCHI VOLO COME PASSEGGERI);
- 2) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, bungee jumping, rafting, canoa fluviale, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 3) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 4) dall'abuso di alcolici o psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 5) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 6) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 7) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- 8) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione;
- 9) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.



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

ART. 4.2 LIMITE D'ETÀ. PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, salvo quanto previsto alla sezione 6 della declaratoria dei tipi di rischio.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, AIDS o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuropsichiche: patologie cerebrali su base organica; disturbi psicotici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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

Il premio medesimo verrà perciò restituito dalla Società.

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

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

Successivamente l'Assicurato invierà i certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **sarà necessario dare immediato avviso telegrafico alla Società.**

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto saranno tenuti a consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal scopo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici, e salvo patto speciale, quelle di cura, sono a carico dell'Assicurato.

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, **l'Assicurato o gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità**, se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. **Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui all'art. 3.2 (INVALIDITÀ PERMANENTE) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 5.3 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, sulla pertinenza del rimborso delle spese di cura, sulla pertinenza o durata dell'indennità di degenza, nonché sulla contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 5.2, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria su accordo delle Parti, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con la dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

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

ART. 5.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - **della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.**

Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

	dx	sx
perdita totale, anatomica o funzionale:		
– di un arto superiore	70%	60%
– della mano o dell'avambraccio	60%	50%
– del pollice	18%	16%
– dell'indice	14%	12%
– del medio	8%	6%
– dell'anulare	8%	6%
– del mignolo	12%	10%
– della falange ungueale del pollice	9%	8%
– di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
perdita totale anatomica o funzionale di:		
– un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	
– al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
– un piede	40%	
– ambedue i piedi	100%	
– un alluce	5%	
– un altro dito del piede	3%	
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio tarsica ad angolo retto con achilosi della sottoastraglica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	

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

	dx	sx
perdita totale anatomica o funzionale di:		
– un occhio	25%	
– ambedue gli occhi	100%	
perdita totale della capacità uditiva di:		
– un orecchio	10%	
– ambedue gli orecchi	40%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta somatica di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12° dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
– di una metamero sacrale	3%	
– di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
perdita anatomica di un rene	5%	
perdita anatomica della milza	8%	
afonia (perdita totale della voce)	30%	
(la parziale perdita della voce non è indennizzabile)		

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

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

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

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

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

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'infortunio denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida ai beneficiari, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 5.2 "Criteri di indennizzabilità" e 5.1 "Denuncia dell'infortunio e Obblighi relativi", anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

ART. 5.5 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i civilmente responsabili (salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 3.4).

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

(operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

A) ESTENSIONE ALLA PRATICA DI SPORT PER CIRCOLI RICREATIVI

Si intendono assicurate anche le attività sportive praticate a livello dilettantistico, **non escluse dalle Condizioni di Assicurazione**, o comunque attività che prevedono intensi impegni fisici, gestite e svolte sotto l'egida del Contraente, in entrambi i casi precisate nella scheda di polizza.

B) ESTENSIONE DEL RISCHIO IN ITINERE PER SQUADRE O ASSOCIAZIONI SPORTIVE

A parziale deroga di quanto previsto all'ultimo comma del tipo di rischio 1 – squadre o associazioni sportive, il tempo per i trasferimenti individuali viene elevato a 2 ore.

C) CLAUSOLA FRANCHIGIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Il secondo capoverso dell'art. 3.2 (INVALIDITÀ PERMANENTE) si intende sostituito dal seguente:

Liquidazione dell'indennizzo.

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 20% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata.

Negli altri casi l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella che segue:

Grado (%) di Invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata da 0 a 105.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 105.000 euro fino a 210.000 euro	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata oltre 210.000 euro
1-2-3	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5
16	13	11	6
17	14	12	7
18	15	13	8
19	16	14	9
20	17	15	10

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

D) ADOZIONE DELLE TABELLE DI LEGGE

A parziale deroga dell'art. 5.4, la Tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto art. 5.4.

E) ESTENSIONE DELLA GARANZIA AGLI AUSILIARI

La garanzia si intende estesa agli ausiliari, così come intesi nelle definizioni del presente contratto, durante l'espletamento delle proprie funzioni svolte su incarico del Contraente.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54171



REALE GROUP

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

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.