

Polizza Infortuni

Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni - DIP
Compagnia: Italiana Assicurazioni S.p.A. Prodotto: "Overtarget"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza contiene garanzie assicurative per far fronte ad un infortunio che possa compromettere la salute e l'integrità fisica sia in ambito professionale che extraprofessionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Morte:** se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato viene liquidata una somma assicurata ai beneficiari.
- ✓ **Invalidità permanente:** se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente, viene corrisposto un indennizzo sulla base della percentuale di invalidità accertata.



Che cosa non è assicurato?

L'assicurazione non copre:

- ✗ le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate;
- ✗ le persone affette da patologie cerebrali su base organica, disturbi psicotici.

Non sono indennizzati gli infortuni derivanti da:

- ✗ guida in stato di ubriachezza o per uso non terapeutico di stupefacenti;
- ✗ pratica di sport a titolo professionistico e di paracadutismo e sport aerei in genere;
- ✗ partecipazioni a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore;
- ✗ da interventi medici non resi necessari dall'infortunio;
- ✗ atti dolosi dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previsti anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.
- ! L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui al momento in cui l'Assicurato compie 75 anni.
- ! Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia e altre gravi infermità permanenti possono essere assicurate solo con specifico patto speciale.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Chi sottoscrive il contratto, ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; e di comunicare, nel corso del contratto, se si modifica il rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della Società, del diritto di rivalsa totale o parziale nei confronti dell'Assicurato per i danni pagati ai terzi danneggiati. Se l'Assicurato ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio, deve darne comunicazione per iscritto alla Società.



Quando e come devo pagare?

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della polizza il premio deve essere pagato entro tale data.

È possibile pagare il premio tramite denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore), assegno bancario o circolare, bonifico bancario, bollettino postale, carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno indicato sulla polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui avviene il pagamento.

La copertura termina alla data indicata sulla polizza, salvo il caso in cui, pagato il premio di rinnovo, la copertura prosegua per l'anno successivo. Questa modalità non vale se la polizza è senza tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

È possibile disdire la polizza inviando una lettera raccomandata 60 giorni prima della scadenza, qualora nella casella "Tacito rinnovo" della polizza sia riportato "SI". Qualora invece nella casella "Tacito rinnovo" sia riportato "NO" l'assicurazione termina alla data indicata sulla polizza, senza obbligo di invio di disdetta.



Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Italiana Assicurazioni S.p.A.  ITALIANA
ASSICURAZIONI

Prodotto Overtarget

Ed. 01/2019 (ultimo aggiornamento disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione, appartenente al Gruppo Reale Mutua.

Sede legale e direzione generale in Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano - Italia

Telefono 02/397161 -fax 02/3271270 - Sito Internet: www.italiana.it -

E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it - Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923, n. 966, convertito nella legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 456 milioni di euro, di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale e 416 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibili al seguente link: <https://www.italiana.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 180,5 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 81,2 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 610,0 milioni di euro;
- solvency ratio: 338%.

Al contratto si applica la legge italiana.





Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Danni si intendono compresi gli infortuni derivanti da:

- ✓ terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani;
- ✓ tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo;
- ✓ atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✓ stato di malore, infarto e incoscienza;
- ✓ asfissia fortuita e avvelenamenti acuti;
- ✓ annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore o di freddo;
- ✓ conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

| | |
|--|--|
| RENDITA VITALIZIA | In caso di infortunio che determini un'invalidità permanente accertata pari o superiore al 66% della totale viene corrisposta una rendita fintanto che l'Assicurato è in vita. |
| RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO | Sono rimborsate le spese sostenute per curare le lesioni conseguenti ad un infortunio coperto dalla polizza. |



Che cosa non è assicurato?

Oltre a quanto già indicato sul DIP Danni, sono esclusi dall'assicurazione gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo, nonché gli infortuni derivanti:

- ✗ dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- ✗ dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judo, karate e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, arrampicata libera;
- ✗ da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- ✗ da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione;
- ✗ da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- ✗ dalla guida di aeromobili o durante i viaggi aerei, in qualità di passeggero, 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 (ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio).



Ci sono limiti di copertura?

! Gli infortuni avvenuti durante l'espletamento di attività sportive non professionistiche quali calcio, calcetto e sci in genere e svolte al di fuori dell'egida di Federazioni Sportive, comportano una riduzione



dei capitali assicurati del 50%.

- ! Gli infortuni avvenuti durante l'espletamento di attività sportive non professionistiche (diverse da gare podistiche, bocce, golf, pesca non subacquea, scherma e tennis) svolte sotto l'egida di Federazioni Sportive, comportano una riduzione dei capitali assicurati del 50%.
- ! Relativamente alla garanzia "Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio" le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero sono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 75 euro.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

| | |
|------------------------------------|---|
| Cosa fare in caso di sinistro? | Denuncia di sinistro: La denuncia dell'infortunio, corredata da certificato medico e con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, 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. |
| | Assistenza diretta/in convenzione: non prevista |
| | Gestione da parte di altre imprese: non prevista |
| | Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile). |
| Dichiarazioni inesatte o reticenti | Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio imputabili a dolo o colpa grave possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo; qualora le dichiarazioni sopraindicate siano state rese od omesse senza dolo o colpa grave, l'indennizzo può essere ridotto in proporzione. In entrambi i casi, le difformità possono comportare la cessazione della polizza ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. |
| Obblighi dell'impresa | Pagamento del sinistro: Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni. |



Quando e come devo pagare?

| | |
|----------|---|
| Premio | Il premio di polizza non è indicizzato. È possibile frazionare il premio in due, tre o quattro rate annue con un aumento del 2% del premio imponibile (netto + accessori): in tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite, con una tolleranza di quindici giorni. Il premio è comprensivo di imposte. |
| Rimborso | Secondo quanto disposto dall'art. 1896 c.c. se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto e dopo l'inizio di efficacia dello stesso il contratto si scioglie, ma Italiana Assicurazioni avrà diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non sia stata comunicata o non ne sia venuta a conoscenza. Se il rischio cessa dopo la conclusione del contratto, ma prima che questo abbia iniziato a produrre effetti il contratto si scioglie e l'assicuratore ha diritto solo al rimborso delle spese. |





Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|-------------|--|
| Durata | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP. |
| Sospensione | Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto. |



Come posso disdire la polizza?

| | |
|-----------------------------------|--|
| Ripensamento dopo la stipulazione | Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine della stipulazione. |
| Risoluzione | Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere con preavviso di 30 giorni. Inoltre l'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui Italiana Assicurazioni liquida al 100% il capitale assicurato per Invalidità Permanente. |



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone che necessitano una copertura assicurativa per far fronte ad un infortunio che possa compromettere la salute e l'integrità fisica in ambito professionale e extraprofessionale.



Quali costi devo sostenere?

Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,47% dei premi contabilizzati.

| COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE? | |
|--|---|
| All'Impresa assicuratrice | I reclami vanno inoltrati per iscritto a: - Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano – Numero Verde 800.10.13.13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02.39717001 – Email: benvenutitaliana@italiana.it La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it |
| All'IVASS | In caso di esito insoddisfacente o in caso di risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità: - via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, - via fax 06.42133353 oppure 06/42133745 - via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo. Info su www.ivass.it |



| PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali: | |
|---|---|
| Mediazione | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98). |
| Negoziazione assistita | Si effettua tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa. |
| Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | <p>Arbitrato: Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Commissione di Garanzia dell'Assicurato: Gli Assicurati di Italiana Assicurazioni hanno la possibilità di ricorrere ad un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato", a tutela dei propri diritti in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione, Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it</p> <p>Liti transfrontaliere: In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it</p> |

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.





mynet.blue

MYNET.BLUE PER ESSERE SANI E IN FORMA.

Mynet.blue è l'offerta on-line di accesso ai **network convenzionati** con Blue Assistance che ti garantisce servizi davvero utili e vantaggiosi per avere le migliori cure per la **salute e il benessere**, in tempi brevi, con la massima efficienza e a prezzi contenuti.

RISPARMIO - Condizioni economiche esclusive concordate con le reti convenzionate.

LIBERTÀ - Scelta del centro e del professionista presso cui effettuare le prestazioni.

QUALITÀ - Realtà del benessere, odontoiatriche e medico-sanitarie altamente selezionate e monitorate.

VICINANZA - In tutta Italia, sempre e ovunque ti trovi.

Utilizzare il servizio è comodo e facile. Bastano pochi clic.

Grazie ad un **PIN personale**, puoi accedere on-line su **www.mynet.blue** e creare il tuo profilo. Ti basta selezionare il servizio, scegliere il centro che preferisci e **stampare il voucher** di riconoscimento da presentare presso la struttura.

 **BLUE**
ASSISTANCE

DUE NUOVI ALLEATI PER LA TUA SALUTE.



**UN CONSULENTE
MEDICO SEMPRE
IN LINEA CON TE.**

BlueDoc24* è un **servizio di consulenza medica telefonica, attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.** Un medico specializzato di Blue Assistance, sempre a tua disposizione, ti fornirà informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio o malattia.



**CONOSCERE
IL FARMACO
E SAPERE
DOVE TROVARLO.**

BlueFarma** è il servizio digitale on-line che ti dà **informazioni affidabili e sicure** sui farmaci, le composizioni, gli effetti, l'interazione tra differenti medicinali, i sintomi e le farmacie più vicine a te.

*Non vengono fornite diagnosi e/o prescrizioni mediche.

**Il servizio è disponibile soltanto in abbinamento ad altri servizi di accesso alle strutture e ai centri convenzionati con Blue Assistance.

Scopri le altre opportunità a tua disposizione: le linee di servizio dedicate alla salute con più di **2500** tra **centri odontoiatrici, cliniche, poliambulatori e centri fisioterapici**, a tariffe davvero vantaggiose.



Dr. Smalto

**IL TUO SORRISO MERITA TUTTE LE
ATTENZIONI. SENZA RINUNCE NÉ
COMPROMESSI.**

Centri odontoiatrici per cure dentarie con tecniche avanzate e materiali sicuri.
Risparmio fino al 70% rispetto al mercato e **tariffe fisse** uguali in tutta Italia.



Mr. Fizio

**RECUPERA VELOCEMENTE
LA TUA FORMA MIGLIORE.**

Professionisti specializzati per seguire terapie mirate (fisiche, manuali e strumentali) e pianificare i trattamenti in **studio o a domicilio.**



Dr.ssa Diagnosi

**CURA DELLA SALUTE NEI GIUSTI TEMPI.
NON TEMPI DI ATTESA.**

Cliniche e i poliambulatori d'eccellenza per prestazioni diagnostiche e specialistiche in **tempi brevi**, con scelta del professionista.



Miss Star Bene

**UNO STILE DI VITA SANO
ALL'INSEGNA DEL WELLNESS.**

Una **piattaforma on-line** con oltre 440 centri fitness e wellness in tutta Italia, **8000 esperienze benessere e sconti fino al 40%.**

www.blueassistance.it

**BLUE
ASSISTANCE**

REALE GROUP

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



Overtarget

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI.

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

OVERTARGET

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54141 – Ed. 01/2019



| | | |
|---|------|----|
| GLOSSARIO | Pag. | 4 |
| CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI | Pag. | 6 |
| GARANZIE ACCESSORIE | Pag. | 12 |
| CONDIZIONE PARTICOLARE | Pag. | 13 |



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

La persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BENEFICIARI

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

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa, in percentuale o in giorni (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, oggettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza una invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento.

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani).

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dall'Assicurato alla Società.



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

RICOVERO

Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

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, i capitali assicurati, 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.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 1.1 MODIFICHE CONTRATTUALI

Sono consentite solo con appendice qualora non vi siano cambiamenti di somme, premi o garanzie, diversamente è necessaria la sostituzione del contratto.

ART. 1.2 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente. L'assicurazione non è prorogabile al momento in cui l'Assicurato raggiunge i 75 anni di età. 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.

ART. 1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato che abbia in corso o che stipuli oltre al presente solo altre due assicurazioni con altre Società (escluse le coperture connesse con altri rapporti contrattuali es. c/c bancari, carte di credito etc.) per lo stesso rischio, è esonerato dall'obbligo di denunciarle.

Ulteriori assicurazioni per lo stesso rischio devono invece essere denunciate per iscritto alla Società che, entro 60 giorni da tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

L'Assicurato che dolosamente omette la dichiarazione di cui sopra decade dal diritto dell'indennizzo.

In caso di sinistro l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

ART. 1.4 RECESSO DAL CONTRATTO

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

L'assicurazione cessa automaticamente nel momento in cui la Società liquida al 100% il capitale assicurato per Invalidità Permanente; l'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata tale condizione non costituisce deroga ed il premio medesimo verrà reso dalla Società.

ART. 1.5 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali occorsi alla persona indicata nella scheda di polizza.

Si intendono inoltre espressamente garantiti gli infortuni derivanti da:

- 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%;**
- imperizia, imprudenza o negligenza anche se gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- stato di malore, infarto ed incoscienza;
- asfissia fortuita e avvelenamenti acuti;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore o di freddo;
- stato di guerra (dichiarata o non) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese fino ad allora in pace;



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

- conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

La garanzia è inoltre operante:

- durante l'espletamento di attività sportive non professionistiche, svolte al di fuori dell'egida di Federazioni Sportive, i capitali assicurati non si intendono ridotti. **È fatta eccezione per la pratica del calcio, calcetto e dello sci in genere per i quali i capitali si intendono in ogni caso ridotti al 50%;**
- durante l'espletamento di **attività sportive non professionistiche**, svolte sotto l'egida di Federazioni Sportive, **i capitali si intendono ridotti al 50%;** salvo che si tratti di gare podistiche, bocce, golf, pesca non subacquea, scherma e tennis per i quali i capitali si intendono comunque prestati al 100%.

Restano in ogni caso operanti le esclusioni di cui all'art. 1.6 delle stesse condizioni.

ART. 1.6 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- 2) dalla pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- 3) dalla pratica (e relative gare, prove ed allenamenti) di pugilato, atletica pesante, judò, karatè e arti marziali in genere, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 4) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 5) da stato di ubriachezza quando l'Assicurato si trovi alla guida di mezzi di locomozione, dall'abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da guerra, anche se non dichiarata, o insurrezione (salvo quanto disposto dal precedente articolo);
- 8) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- 9) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infarti e le ernie non traumatiche di qualsiasi tipo.

Sono inoltre esclusi gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su:

- aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- aeromobili di Aereoclubs;
- apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio etc.).

ART. 1.7 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. 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.

ART. 1.8 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, **sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.**

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, **il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento di rischio, la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'art. 1898 Codice Civile.**



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

ART. 1.9 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari. Se dopo il pagamento di un'indennità 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'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altre garanzie eventualmente assicurate.

ART. 1.10 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.

A) Valutazione del grado di Invalidità Permanente

| | Destro | Sinistro |
|--|-------------------------|-----------------|
| 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-omeroale 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% |



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

| | Destro | Sinistro |
|---|--------|----------|
| ▪ 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 anchilosidella sottoastragalica | | 15% |
| paralisi completa dello sciatico popliteo esterno | | 15% |
| ▪ perdita totale anatomica o funzionale di: | | |
| un occhio | | 25% |
| ambe due 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% |
| – 12a dorsale | | 10% |
| – una vertebra lombare | | 10% |
| – un metamero sacrale | | 3% |
| – un metamero coccigeo con callo deforme | | 5% |
| ▪ postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo | | 2% |
| ▪ perdita anatomica di un rene | | 15% |
| ▪ perdita anatomica della milza | | 8% |
| ▪ afonia (perdita totale della voce) | | 30% |
| (la perdita parziale della voce non è indennizzabile) | | |

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

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 per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

B) Liquidazione dell'indennizzo

Nel caso di invalidità permanente accertata maggiore del 10% l'indennizzo è determinato applicando la relativa percentuale all'intera somma assicurata, pertanto in caso di invalidità permanente accertata pari o inferiore al 10% non viene liquidato nessun indennizzo. Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% della totale, viene liquidato l'intero capitale 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. 1.13 "Criteri di indennizzabilità" e 1.11 "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. 1.11 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 deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.**

L'Assicurato, i suoi famigliari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine ed accertamento che questa ritenga necessari.



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

Le spese relative ai certificati medici e 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. 1.12 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 in euro.

ART. 1.13 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. 1.10 lettera A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 1.14 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 1.13, **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 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.**

ART. 1.15 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'art. 2.2.

ART. 1.16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



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

GARANZIE ACCESSORIE

(Operanti solo se richiamate nella scheda di polizza)

ART. 2.1 RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, **una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 66%** della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società - mediante una polizza vita della "Serie Speciale" emessa dalla Società - assicurerà il pagamento di **una rendita vitalizia annuale, rivalutabile, dell'importo iniziale indicato nella scheda di polizza.** L'effetto della polizza vita avrà la stessa data della sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà da adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'infortunato sarà in vita.

ART. 2.2 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza, **le spese effettivamente sostenute:**

a) in caso di ricovero:

- per accertamenti diagnostici e onorari medici prima del ricovero stesso;
- per degenza in Istituto di cura a titolo di: assistenza medica, infermieristica, rette di degenza, medicinali e terapie varie, esami, onorari della équipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi);

b) dopo il ricovero:

- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali in Italia **(escluse le spese di natura alberghiera);**

c) anche se non vi è stato ricovero:

- per accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, assistenza infermieristica, noleggio di apparecchiature terapeutiche ed ortopediche;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio con il massimo di euro 1.100 per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nella protesi.

d) per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nonché in ambulanza - se necessaria - per il rientro al domicilio: il tutto entro il limite del 10% del massimale assicurato a titolo di rimborso spese di cura e con il massimo di euro 520;

e) per intervento riparatore del danno estetico fino alla concorrenza di euro 2.600. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga **entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.**

Le spese sub b) e c) sono rimborsate fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato con il presente articolo, con uno scoperto del 20% con il minimo di euro 75 per ogni infortunio. In caso di evento che comporti esiti invalidanti superiori al 10% lo scoperto previsto verrà rimborsato assieme all'indennizzo per Invalidità Permanente o Morte. Per la denuncia del sinistro e gli obblighi relativi valgono, in quanto applicabili, le disposizioni dell'art.1.11 delle Condizioni di Assicurazione.

Il rimborso viene effettuato dalla Società ad avvenuta guarigione clinica, **su presentazione in originale da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi** (notule del medico, ricevuta del farmacista o dell'ambulatorio, conto dell'Istituto di cura) fiscalmente regolari e quietanzate.



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

CONDIZIONE PARTICOLARE

(Operante solo se richiamata nella scheda di polizza)

A) Liquidazione indennizzo con franchigia del 30%

In sostituzione di quanto indicato all'articolo 1.10 lettera B) Liquidazione dell'indennizzo, **si conviene che nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado non superiore al 30% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo.**

Nei caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 30% della totale viene liquidato l'intero capitale assicurato.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54141



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 un 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.



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.