



Infortunati Cumulativa Reale

Associazioni e Enti

ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO

Il presente Set Informativo, composto da:

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

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA
- Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **REALE
MUTUA**

TOGETHER MORE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA REALE

**Mod. 5275/INF
Ed. 04/2024**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
SERVIZI CLIENTI - BUONGIORNO REALE – lun - sab 8-20	800 320 320
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE – 24 ore - 7 giorni su 7	800 776 421
ARAGTEL - CONSULENZA TELEFONICA – lun - gio 9-13 / 14-17 – ven: 9-13	800 508 008

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.realemutua.it è possibile accedere all'Area Riservata al *Contraente* (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il *premio* successivo al primo, chiedere la liquidazione di un *sinistro* o la modifica dei propri dati personali).

È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Reale Mobile.

L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

ASSOCIAZIONI ED ENTI

Le associazioni, come ad esempio le associazioni di volontariato, le società sportive o gli enti religiosi, svolgono un ruolo fondamentale nella nostra società. Promuovono valori importanti, offrono opportunità di crescita e di socializzazione e arricchiscono la vita di molte persone.

Tuttavia, la gestione di un'associazione comporta anche dei rischi. Incidenti, *infortuni* o *malattie* possono purtroppo verificarsi, con conseguenze economiche e legali a volte ingenti.

In questo contesto è fondamentale avere una copertura assicurativa adeguata.

Infortuni Cumulativa Reale è la polizza multirischio pensata per rispondere in maniera concreta ai bisogni di tutela delle associazioni e degli enti. Il prodotto si compone di due sezioni principali che possono essere acquistate insieme o separatamente:

Sezione Infortuni, a tutela delle conseguenze economiche di un *infortunio*;

Sezione Malattie, a tutela delle conseguenze economiche di una *malattia*.

Le diverse garanzie disponibili nelle due sezioni principali offrono una copertura completa e personalizzabile, che può essere adattata alle specifiche esigenze di ogni collettività.

Infortuni Cumulativa Reale prevede anche una serie di garanzie facoltative, che rendono il prodotto ancora più versatile:

Tutela Legale, prevede il pagamento delle spese legali in caso di controversie legali.

Assistenza, prevede una serie di prestazioni di assistenza presso la *residenza* o nel corso di un *viaggio* in caso di difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio*.










All'interno delle *condizioni di assicurazione* sono presenti dei box di consultazione che indicano gli aspetti più importanti, le precisazioni utili sull'*assicurazione* e spiegazioni di temi complessi. Il testo contenuto nel box ha solo una finalità esplicativa e non ha valore contrattuale.






Nota bene:







- i termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato nel glossario delle *condizioni di assicurazione*;
- le parti evidenziate in blu devono essere lette attentamente dal *contraente/assicurato*.





INDICE

INTRODUZIONE	2
GLOSSARIO	9
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	12
 1 OBBLIGHI DEL <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	12
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	12
1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO	12
1.3 DIMINUZIONE DEL RISCHIO	12
1.4 COME COMUNICARE CON REALE MUTUA	13
1.5 <i>ASSICURAZIONE</i> PER CONTO ALTRUI	13
1.6 VARIAZIONI NELLE PERSONE <i>ASSICURATE</i>	13
1.7 VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL <i>CONTRAENTE</i>	13
1.8 VARIAZIONI DI SEDE	13
1.9 ALTRE ASSICURAZIONI	14
 2 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	14
 3 COME POSSO DISDIRE E RECEDERE DALLA POLIZZA	14
3.1 DISDETTA	14
3.2 RECESSO	15
3.2.1 RECESSO PER <i>SINISTRO</i>	15
3.2.2 RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	15
 4 QUANDO E COME DEVO PAGARE	15
4.1 REGOLAZIONE DEL <i>PREMIO</i>	15
4.1.1 DETERMINAZIONE DEL <i>PREMIO</i>	15
4.1.2 SANZIONI	16
4.1.3 <i>PREMIO</i> MINIMO ANTICIPATO	16
4.1.4 ACCERTAMENTI E CONTROLLI	16
4.2 INDICIZZAZIONE DELL' <i>ASSICURAZIONE</i>	16

	4.3	INCREMENTO DEL <i>PREMIO</i> PER ETÀ – SEZIONE <i>MALATTIE</i>	17
	4.4	ONERI FISCALI.....	17
i	5	ALTRE INFORMAZIONI.....	17
	5.1	CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE... ..	17
	5.2	FORO COMPETENTE.....	18
	5.3	RINUNCIA ALLA RIVALSA.....	18
	5.4	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	18
	5.5	MODIFICHE <i>ASSICURAZIONE</i>	18
	6	CHI È ASSICURATO.....	19
	6.1	TIPOLOGIA DI <i>ASSICURATI</i>	19
SEZIONE INFORTUNI.....			20
	7	CHE COSA È ASSICURATO.....	20
	7.1	MORTE DA <i>INFORTUNIO</i>	20
	7.2	<i>INVALIDITÀ PERMANENTE</i> DA <i>INFORTUNIO</i>	21
		7.2.1 TIPOLOGIE DI FRANCHIGIE.....	21
	7.3	RENDITA DA <i>INFORTUNIO</i>	21
		7.3.1 TEMPORANEA (VALIDA PER <i>ASSICURATI ANONIMI</i>).....	21
		7.3.2 VITALIZIA (VALIDA PER <i>ASSICURATI NOMINATI</i>).....	22
	7.4	RIMBORSO SPESE DI CURA DA <i>INFORTUNIO</i>	22
	7.5	DIARIA PER <i>RICOVERO</i> DA <i>INFORTUNIO</i>	23
		7.5.1 ESTENSIONE A <i>MALATTIE</i> CONTRATTE IN SERVIZIO.....	23
	7.6	DIARIA POST <i>RICOVERO</i> DA <i>INFORTUNIO</i>	23
	7.7	DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE.....	23
	7.8	DIARIA PER <i>INABILITÀ TEMPORANEA</i> DA <i>INFORTUNIO</i>	24
	8	COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.....	24
	8.1	PERIMETRO DI COPERTURA.....	24
	8.2	PECULIARITÀ GRUPPI ASSICURABILI.....	25
		8.2.1 ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO.....	25
		8.2.2 RISCHI SPORTIVI.....	26
		8.2.3 TORNEI SPORTIVI.....	26

8.2.4	MANIFESTAZIONI SAGRE E FIERE.....	27
8.2.5	COLONIE E CENTRI ESTIVI.....	27
8.2.6	ENTI RELIGIOSI.....	27
8.3	RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI.....	27
8.4	ATTIVITÀ SPORTIVE.....	27
	A) ATTIVITÀ SPORTIVE CON LIMITAZIONE DELL'INDENNIZZO	27
	B) ATTIVITÀ SPORTIVE ESCLUSE.....	28
	9. CHE COSA NON È ASSICURATO.....	29
	9.1 ESCLUSIONI	29
	10. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, <i>FRANCHIGIE</i> E/O <i>SCOPERTI</i>	31
	11 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	32
	11.1 LIMITE DI <i>INDENNIZZO</i> PER <i>SINISTRO</i> CUMULATIVO	32
	11.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	32
	11.2.1 LESIONI SPECIALI	32
	11.3 DENUNCIA DELL' <i>INFORTUNIO</i> - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO.....	33
	11.3.1 MORTE DA <i>INFORTUNIO</i>	33
	11.3.2 DIARIA POST <i>RICOVERO</i> DA <i>INFORTUNIO</i> , DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE, DIARIA PER <i>INABILITÀ TEMPORANEA</i> DA <i>INFORTUNIO</i>	34
	11.3.3 ACCERTAMENTI E CONTROLLI	34
	11.4 DATA DEL <i>SINISTRO</i>	34
	11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO.....	34
SEZIONE MALATTIE.....		37
	12 CHE COSA È ASSICURATO	37
	12.1 <i>INVALIDITÀ PERMANENTE</i> DA <i>MALATTIA</i>	37
	12.1.1 TIPOLOGIE DI <i>FRANCHIGIE</i>	37
	12.2 DIARIA PER <i>RICOVERO</i> COMPLETA	39
	12.3 DIARIA POST <i>RICOVERO</i> COMPLETA	39
	12.4 DIARIA PER <i>INABILITÀ TEMPORANEA</i> DA <i>MALATTIA</i>	39
	13 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.....	40
	13.1 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI.....	40

	14	CHE COSA NON È ASSICURATO.....	41
	14.1	ESCLUSIONI	41
	14.2	CARENZE.....	42
	14.3	SOSTITUZIONE DELLA POLIZZA.....	43
	15	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, <i>FRANCHIGIE E/O SCOPERTI</i>	44
	16	CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	45
	16.1	CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	45
	16.2	DENUNCIA DEL <i>SINISTRO</i> – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO.....	45
	16.2.1	<i>INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA</i>	45
	16.2.2	DIARIA PER <i>RICOVERO</i> COMPLETA, DIARIA POST <i>RICOVERO</i> COMPLETA E DIARIA PER <i>INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA</i>	46
	16.3	DATA DEL <i>SINISTRO</i>	46
	16.4	LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO.....	46
	16.4.1	<i>INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA</i>	47
	16.4.2	DIARIA PER <i>RICOVERO</i> COMPLETA, DIARIA POST <i>RICOVERO</i> COMPLETA E DIARIA PER <i>INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA</i>	47
SEZIONE TUTELA LEGALE			48
	17	CHE COSA È ASSICURATO	49
	17.1	RISCHIO ASSICURATO	49
	17.2	AMBITO DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE.....	49
	17.3	CASI ASSICURATI	49
	17.4	SOGGETTI ASSICURATI.....	51
	18	COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.....	52
	18.1	COESISTENZA DI COPERTURA DI RESPONSABILITÀ CIVILE	52
	18.2	INSORGENZA DEL <i>SINISTRO</i>	52
	18.3	EFFICACIA TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE.....	52
	18.4	EFFICACIA TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE.....	53
	18.5	MASSIMALE	53
	19	CHE COSA NON È ASSICURATO.....	54
	19.1	RISCHI ESCLUSI.....	54
	19.2	SPESE ESCLUSE	54

19.3	LIMITI DI COPERTURA.....	55
 20	CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	56
20.1	OBBLIGHI IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	56
20.2	GESTIONE DEL <i>SINISTRO</i> , SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE.....	56
20.3	I DIRITTI DI RIVALSA E DI SURROGAZIONE.....	57
20.4	DISACCORDO IN MERITO ALLA GESTIONE DEL <i>SINISTRO</i> E CONFLITTO DI INTERESSI.....	57
SEZIONE ASSISTENZA		58
 21	CHE COSA È ASSICURATO.....	58
21.1	ASSISTENZA.....	58
21.1.1	PRESTAZIONI PRESSO LA <i>RESIDENZA</i>	58
21.1.2	PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN <i>VIAGGIO</i>	60
 22	CHE COSA NON È ASSICURATO.....	63
 23	CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	63
23.1	OBBLIGHI DELL' <i>ASSICURATO</i>	63
23.2	MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI.....	64
23.3	RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI <i>VIAGGIO</i>	64
23.4	RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE.....	64
NORME RICHIAMATE NELL'ASSICURAZIONE		65
APPENDICE 1 - SEZIONE INFORTUNI – TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30.6.1965, N. 1124)		68
APPENDICE 2 - TABELLE DI INCREMENTO DEL <i>PREMIO</i> PER ETÀ SEZIONE <i>MALATTIE</i>		71

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Descrizione delle garanzie previste dal prodotto.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Funzionamento di alcune garanzie, con eventuale indicazione del loro perimetro di applicazione, delle limitazioni e dei casi in cui non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Indicazione di quali persone o beni non possono essere assicurati e quali eventi sono esclusi dalla polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepilogo per ogni singola garanzia di limiti di *indennizzo*, *franchigie* e scoperti.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Procedura per la denuncia di *sinistro*, contatti di riferimento, documentazione da consegnare, tempistiche di accertamento del *sinistro* e liquidazione dell'*indennizzo*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI CONTRAENTE/ASSICURATO

Obblighi del *contraente/assicurato* sia al momento dell'acquisto, sia durante tutta la durata del contratto.



COME POSSO DISDIRE/RECEDERE DALLA POLIZZA

Modalità di scioglimento del contratto.



QUANDO E COME DEVO PAGARE

Modalità di pagamento dei *premi* e altre informazioni che possono influire sul *premio* di polizza.



DOVE VALE LA COPERTURA

Paesi in cui sono valide le singole garanzie.



ALTRE INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni presenti solo nella Sezione del contratto denominata "Norme comuni a tutte le garanzie".

GLOSSARIO

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato in seguito.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione composto da condizioni di *assicurazione* e *modulo di polizza*, ed eventuali documenti aggiuntivi indicati in *modulo di polizza*.

BENEFICIARI

Le persone designate dall'*assicurato* a riscuotere l'*indennizzo* previsto dalla Sezione Infortuni in caso di decesso dello stesso. In assenza di designazione specifica, i *beneficiari* saranno gli eredi legittimi o testamentari.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, che contiene:

- le generalità dell'*assicurato*;
- l'anamnesi patologica prossima e remota;
- il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami, il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua che eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questo documento.

CONTRAENTE

La persona giuridica che stipula l'*assicurazione* con Reale Mutua e paga il *premio*

DANNO ESTETICO

Deturpazione fisica obiettivamente constatabile.

DAY SURGERY

Ricovero solo diurno in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico e documentata da *cartella clinica*.

FATTORE DI QUOTAZIONE

Elemento di rischio variabile sulla base del quale viene determinato il *premio* dell'*assicurazione*.

FRANCHIGIA / SCOPERTO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INDENNIZZO

Somma che Reale Mutua paga in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole, di calore o di freddo, le malattie da decompressione;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.

Non sono interventi chirurgici, anche se effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita permanente, della capacità generica dell'*assicurato* a svolgere qualsiasi lavoro indipendentemente dalla professione esercitata. La perdita può essere parziale o totale.

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione dell'*assicurazione*.

MODULO 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 dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *parti*.

PREMIO

Somma dovuta dal *contraente* a Reale Mutua.

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un *intervento chirurgico*; rientrano anche gli onorari dei medici. **Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.**

RESIDENZA

Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'*assicurato* ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento.

SINISTRO

L'evento coperto dall'*assicurazione*.

SOMMA ASSICURATA

La somma indicata nel *modulo di polizza*, da utilizzare per il calcolo dell'*indennizzo* previsto dalla relativa garanzia.

SPESE DI GIUSTIZIA

Spese del processo o processuali che, in un giudizio civile, sono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e, che a conclusione del giudizio, il soccombente è condannato a rifondere.

SPORT ESTREMO

Sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano.

SPORT PROFESSIONISTICI / PRATICA A TITOLO PROFESSIONISTICO DI SPORT

Sport svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributi di qualunque natura che costituiscano la principale fonte di reddito dell'*assicurato* e che siano praticati nell'ambito di discipline ed Enti riconosciuti dal C.O.N.I.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

TERZI

Soggetti diversi dall'*assicurato*, dal *contraente* e da Reale Mutua.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

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

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento ad una distanza superiore a 50 km al di fuori del comune di *residenza* o soggiorno dell'*assicurato*.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1. CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI *CONTRAENTE/ ASSICURATO*



1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il *contraente* o l'*assicurato* devono fornire dichiarazioni precise e veritiere in fase di stipulazione, in caso contrario le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a elementi che influiscono sulla valutazione del rischio, possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, e la cessazione dell'*assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.



Esempio pratico di dichiarazioni inesatte e reticenti

Il *contraente* durante la sottoscrizione di Infortuni Cumulativa dichiara di appartenere al gruppo B – Associazioni ed Enti e che gli *assicurati* fanno tutti parte della categoria volontari, nonostante sia a conoscenza che non sia la categoria corretta.

In seguito, a causa di un *infortunio* durante l'esercizio dell'attività del *contraente* uno degli *assicurati* decede.

Nel corso degli accertamenti per il pagamento dell'*indennizzo* emerge che, a differenza di quanto dichiarato al momento della sottoscrizione, gli *assicurati* appartengono alla categoria dipendenti.

Di conseguenza Reale Mutua:

- venuta a conoscenza che il *contraente* ha fornito dichiarazioni inesatte al momento della stipula dell'*assicurazione*, le categorie sono infatti due rischi diversi (sono *assicurati* con *premi* e condizioni diverse);
- tenuto conto che le dichiarazioni reticenti influiscono nella valutazione del rischio, e il *contraente* ha agito con dolo trattiene il *premio* relativo al periodo di assicurazione in corso al momento del *sinistro* e non paga l'*indennizzo*.

1.2 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il *contraente* o l'*assicurato* deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.

In caso di *sinistro*, la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare – come previsto dall'art. 1898 del Codice civile – la perdita totale o parziale del diritto di *indennizzo*.

1.3 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio Reale Mutua è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'art. 1897 del Codice civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

1.4 COME COMUNICARE CON REALE MUTUA

Il *contraente* o l'*assicurato* per comunicare con Reale Mutua devono inviare le comunicazioni ai seguenti indirizzi, ad eccezione dei casi esplicitamente previsti:

- raccomandata A/R: **Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia);**
- PEC: **realemutua@pec.realemutua.it.**

1.5 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui, il *contraente* deve adempiere a tutti gli obblighi derivanti dalla polizza, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere rispettati che dall'*assicurato*, così come previsto dall'art. 1891 del Codice civile.

Nel caso in cui gli *assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei *premi* o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il *contraente* si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in *assicurazione*, le presenti *condizioni di assicurazione*.

Il *contraente* si obbliga inoltre, se comunicato da Reale Mutua a comunicare il prima possibile agli *assicurati*:

- eventuali cessazioni di agenzia;
- l'assegnazione dall'*assicurazione* ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa;
- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa;
- nel caso di scissione o di fusione con un'altra impresa.

1.6 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'*assicurazione* protegge le persone individuate nel *modulo di polizza* o le relative categorie di soggetti specificate fino a che permane il rapporto per il quale è stata sottoscritta l'*assicurazione*.

Le variazioni degli *assicurati* devono essere comunicate per iscritto a Reale Mutua; l'*assicurazione* rispetto ai nuovi assicurati vale dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice.

La cessazione della copertura sui singoli *assicurati*, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di *premio* a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

1.7 VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nei casi di trasformazione, cambiamento di denominazione o di ragione sociale, l'*assicurazione* continua con la Società *contraente* nella nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società *contraente* o di sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto a Reale Mutua dal *contraente*, suoi eredi o aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi; Reale Mutua nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

1.8 VARIAZIONI DI SEDE

Il trasferimento potrebbe comportare ulteriori oneri al *contraente*.

Nel caso in cui il *contraente* trasferisca la sede è obbligato a comunicarlo a Reale Mutua entro 30 giorni dal trasferimento. Se il *contraente* non comunica la variazione, Reale Mutua può richiedergli il pagamento degli oneri eventualmente sostenuti a causa del trasferimento.

1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *contraente* o l'*assicurato* deve comunicare a Reale Mutua l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per il medesimo rischio.



Esempio pratico di applicazione dell'art. 1910 del Codice civile

Se ricorrono le seguenti condizioni:

- 1) al momento della sottoscrizione da parte del *contraente* uno degli *assicurati* ha già un'altra *assicurazione* presso una diversa compagnia per il rischio *infortunio*;
 - 2) entrambe le polizze coprono il medesimo rischio, per esempio rimborso spese di cura e *invalidità permanente*;
 - 3) l'*assicurato* denuncia un *sinistro* a Reale Mutua senza dare notizia di avere un'altra copertura;
- Reale Mutua, riscontrato il difetto di comunicazione della presenza di altre assicurazioni, non procede a pagare l'*indennizzo*.

2. QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE



L'*assicurazione* è attiva dalle ore 24 del giorno:

- indicato nel *modulo di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati;
- di pagamento del *premio* se successivo a quella indicata in *modulo di polizza*.

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

A parziale deroga di quanto stabilito dal secondo comma dell'art. 1901 del Codice civile, se alle scadenze convenute il *contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.

L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.

Se nella casella "tacito rinnovo" del *modulo di polizza* è indicata la risposta "SI" e non viene inviata la disdetta entro 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è rinnovata per un anno e così via a ogni scadenza successiva.

3. COME POSSO DISDIRE E RECEDERE DALLA POLIZZA



3.1 DISDETTA

Se l'*assicurazione* è stipulata con il tacito rinnovo, le *parti* devono comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della sua scadenza annuale.

Il *contraente* deve comunicare la disdetta a Reale Mutua tramite lettera raccomandata o PEC.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva dell'*assicurazione* alla scadenza annuale.

3.2 RECESSO

3.2.1 RECESSO PER SINISTRO

Per la Sezione Infortuni e Tutela Legale è prevista la facoltà di recesso dopo la denuncia del primo sinistro. Reale Mutua e il contraente hanno la possibilità di recedere dall'assicurazione inviando comunicazione entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo da parte di Reale Mutua. Il recesso diventa efficace dopo 30 giorni la data di invio della comunicazione.

In caso di recesso da parte di Reale Mutua, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, il *contraente* riceve il rimborso della parte di *premio* relativa al periodo in cui non ha usufruito dell'*assicurazione*. Il rimborso è pagato al netto delle imposte.

3.2.2 RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

Se l'*assicurazione* è stipulata attraverso tecniche di comunicazione a distanza, il *contraente* entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto ha la facoltà di recedere dallo stesso inviando a Reale Mutua una raccomandata A.R. (indirizzo: Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino) o tramite casella di posta elettronica certificata (realemutua@pec.realemutua.it) contenente gli elementi identificativi del contratto, oppure all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso. Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Reale Mutua rimborsa la parte di *premio* riferito al periodo in cui il *contraente* non ha usufruito della copertura, al netto delle imposte.



4. QUANDO E COME DEVO PAGARE

4.1 REGOLAZIONE DEL PREMIO

4.1.1 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il *premio* viene calcolato sulla base dei *Fattori di Quotazione* dichiarati prima della stipula dell'*assicurazione* e risultanti dal conteggio esposto nel *modulo di polizza*:

a) Numero Persone, Numero giornate, altro...

Alla fine di ciascun periodo assicurativo (normalmente 12 mesi salvo diversa pattuizione) o della scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, avviene, se necessario, la *Regolazione Premio* calcolata sulla base delle variazioni dei *Fattori di Quotazione* intervenute durante la durata del periodo assicurativo.

In caso di *Fattore di Quotazione* determinato su Numero Persone; Veicoli Assicurati, Numero giornate, etc... Il *contraente*, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, deve fornire per iscritto a Reale Mutua il Numero Persone; il Numero di *Veicoli Assicurati* o il Numero Giornate, etc..., presenti all'ultimo giorno di ogni mese del periodo considerato. Reale Mutua calcola la regolazione del *premio* definitivo prendendo come base la media delle suddette presenze che si ottiene dividendo per 12 il numero *complessivo* degli *assicurati* per ogni *fattore di quotazione* (persone per ogni categoria professionale – tipologia di veicoli – etc...) risultante alla fine di ogni mese.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce rinuncia del *contraente* a fruire di una even-

tuale regolazione *premio* a proprio favore, pur non costituendo rinuncia, da parte di Reale Mutua, di richiedere una regolazione premio attiva a proprio favore, se spettante.

4.1.2 SANZIONI

Se il *contraente* non effettua nei termini previsti la comunicazione dei dati richiesti o il pagamento della differenza attiva dovuta, Reale Mutua concede un ulteriore termine di almeno 15 giorni per l'adempimento. Scaduto il termine, eventuali altri versamenti ricevuti da Reale Mutua relativi all'annualità successiva sono trattenuti a garanzia del *premio* relativo al periodo *assicurativo* per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il *contraente* abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto di Reale Mutua di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Se a conseguenza di dichiarazioni inesatte o incomplete del *contraente*, la regolazione del *premio* risulta calcolata su basi minori di quelle effettive, il *contraente* sarà tenuto a versare a Reale Mutua la differenza dovuta, maggiorata - a titolo di sanzione del 50%.

Per i *sinistri* che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, Reale Mutua è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il *premio* pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti di capitali e massimali ridotti in ugual misura. Per detti *sinistri* Reale Mutua ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

Se la presente *assicurazione* sostituisce un contratto per il quale è prevista la regolazione del *premio*, questa deve essere effettuata nei termini previsti dal contratto sostituito.

Trascorsi detti termini senza che il *contraente* abbia comunicato i dati necessari alla regolazione o senza che abbia pagato il *premio* a conguaglio, a partire dal 30° giorno successivo ai termini per la comunicazione dei dati o alla data di notifica dell'appendice di regolazione, la garanzia della presente *assicurazione* è prestata comunque con uno scoperto del 50%, con *indennizzi* ridotti alla metà, salvo che l'accertamento della entità dei *premi* dovuti, ma non pagati, comporti una maggiore riduzione proporzionale (art. 1907 del Codice Civile).

Reale Mutua ha facoltà di comunicare per raccomandata anche la totale sospensione della garanzia o la risoluzione del contratto, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei *premi* non versati. L'*assicurazione* riprende pieno vigore dalle ore 24 del giorno di adempimento da parte del *contraente* degli obblighi relativi alla comunicazione dei dati necessari alla regolazione e al pagamento del *premio* di conguaglio.

4.1.3 PREMIO MINIMO ANTICIPATO

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del *premio* dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo. Il nuovo importo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

4.1.4 ACCERTAMENTI E CONTROLLI

Reale Mutua ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il *contraente* si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate da Reale Mutua di eseguire gli accertamenti.

4.2 INDICIZZAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il presente articolo non opera se nella casella "indicizzazione" del *modulo di polizza* è riportata l'indicazione "NO". Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, l'*assicurazione* è indicizzata e pertanto si adegua se-

guendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

Mentre il *premio di polizza* sarà aumentato solo a ogni scadenza annuale, i valori ed i limiti delle prestazioni, escluse le *franchigie*, saranno adeguati ogni mese; quindi, in caso di *sinistro*, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del *sinistro* e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.

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

4.3 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ – SEZIONE MALATTIE

Il presente articolo opera solamente per i gruppi nominati di cui l'art. 6.1 A *Assicurati* nominati.

Il premio delle garanzie della Sezione Malattie è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun assicurato, sulla base delle percentuali riportate nell'Appendice 2.

4.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali sono a carico del contraente.

5. ALTRE INFORMAZIONI



5.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sull'importo degli indennizzi si può procedere, su accordo tra le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione, secondo le seguenti modalità:

- A) **mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le parti;**
- B) **mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. Due componenti del Collegio vengono designati dalle parti mentre il terzo componente viene designato su accordo dei primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.**



Per organismi di mediazione si intendono gli organi accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

5.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa a questo contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui ha sede il *contraente*.

5.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Reale Mutua si riserva di non dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice civile quando l'*infortunio* o *malattia* subito dall'*assicurato* è imputabile a responsabilità di soggetti estranei alle parti (*terzi*).

5.4 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

5.5 MODIFICHE ASSICURAZIONE

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

6 CHI È ASSICURATO?

6.1 TIPOLOGIE DI ASSICURATI

Si possono proteggere con questa *assicurazione* gruppi nominati o anonimi.

A) ASSICURATI NOMINATI

I gruppi di *assicurati* nominati sono quelli nei quali ogni soggetto appartenente alla collettività assicurata è censito in in *modulo di polizza* con le proprie generalità.

B) ASSICURATI ANONIMI

Nel caso di gruppi *assicurati* anonimi invece il *contraente* è esonerato da fornire preventivamente le generalità delle persone *assicurate*.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi o registri del *contraente* tenuti per obbligo di legge. L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni del *contraente* riguardo il numero degli *assicurati* per ogni categoria (o gruppo).

Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del *contraente*: delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del *premio*, agli effetti della quale si considera il "numero medio" degli *assicurati* per ogni categoria di cui l'art.4.1 Regolazione del *premio*.

Se l'*assicurato* risulta affetto da infermità, mutilazioni o difetti fisici e purché sia in grado di svolgere le mansioni descritte, la garanzia sarà valida ugualmente, intendendosi espressamente confermati i criteri di indennizzabilità previsti all'art. 11.2 Criteri di indennizzabilità.

SEZIONE *INFORTUNI*



Esempio di *infortunio*

- a. L'*assicurato* viene punto da un insetto velenoso. La puntura provoca una reazione allergica che richiede delle cure mediche. Poiché la puntura è un evento esterno e violento e la reazione allergica è una lesione visibile e imprevista, l'evento si configura come *infortunio* e Reale Mutua rimborsa le spese di cura che l'*assicurato* sostiene con le modalità previste dalla garanzia.
- b. L'*assicurato* soffre di forti dolori muscolari a causa dell'esercizio di un'attività sportiva continuativa. A seguito di accertamenti medici emerge che i dolori sono conseguenza di un deterioramento del tessuto muscolare per usura. Anche se la lesione muscolare è obiettivamente constatabile, l'assenza di un evento violento ed esterno non la configura come *infortunio*. Per questo motivo Reale Mutua non paga le eventuali spese sanitarie



7. CHE COSA È ASSICURATO

7.1 MORTE DA *INFORTUNIO*

Reale Mutua paga la *somma assicurata* ai *beneficiari* o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi se l'*assicurato* decede entro due anni dal giorno dell'*infortunio*.

Morte contestuale *assicurato* e del coniuge/convivente

Se l'*assicurato* e il coniuge/convivente (purché almeno uno sia *assicurato*) decedono nello stesso *infortunio* e i *beneficiari* sono i figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con un grado di *invalidità* pari o superiore al 66%, l'importo del loro *indennizzo* aumenta del 50%. **L'indennizzo aumenta fino a € 250.000 complessivi.**

L'indennizzo per la morte da *infortunio* non è cumulabile con quello per *invalidità permanente*.

Morte successiva al pagamento dell'*indennizzo* per *invalidità permanente*

L'*indennizzo* per la morte da *infortunio* non è cumulabile con quello per *invalidità permanente*.

Reale Mutua paga ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la *somma assicurata* per il caso morte, quando questa è maggiore e se sussistono tutte le seguenti condizioni:

- morte dell'*assicurato* in conseguenza dell'*infortunio* denunciato;
- morte dell'*assicurato* avvenuta entro due anni dall'*infortunio*;
- pagamento dell'*indennizzo* per *invalidità permanente* già avvenuto.

Morte presunta

Reale Mutua paga ai *beneficiari* la *somma assicurata*, se il corpo dell'*assicurato* non viene ritrovato, dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice civile.

Se l'*assicurato* è ancora in vita dopo che Reale Mutua ha pagato l'*indennizzo*, i *beneficiari* devono restituire l'importo ricevuto. In questo caso l'*assicurato* ha diritto all'*indennizzo* previsto per altre garanzie se ci sono i requisiti.

Condizioni di assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA REALE - ASSOCIAZIONI ED ENTI

7.2 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Reale Mutua paga l'*indennizzo per invalidità permanente*, al netto della *franchigia* indicata in *modulo di polizza* e tra quelle riportate all'art. 7.2.1 se non diversamente indicato nel *modulo di polizza*, se l'*invalidità* si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione*.

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati all'art. 11.5 Liquidazione e pagamento e all'art. 11.2 Criteri di indennizzabilità.

7.2.1 TIPOLOGIE DI FRANCHIGIE

Le forme di *franchigia* di seguito indicate sono alternative tra loro e opera solo quella esplicitamente richiamata sul modulo di polizza.

A) FRANCHIGIA 3% SULL'INTERA SOMMA ASSICURATA

La presente *franchigia* si applica sull'intera *somma assicurata* indipendentemente dal grado di *invalidità* e può essere scelta solamente dai i seguenti gruppi:

- Gruppo B – Associazioni e organizzazioni di volontariato
- Gruppo F – Manifestazioni, sagre e fiere
- Gruppo G – Colonie e centri estivi
- Gruppo L – Enti Religiosi

B) FRANCHIGIA 5% SULL'INTERA SOMMA ASSICURATA

La presente *franchigia* si applica sull'intera *somma assicurata* indipendentemente dal grado di *invalidità* e può essere scelta solamente dai i seguenti gruppi:

- Gruppo B – Associazioni e organizzazioni di volontariato
- Gruppo C – Rischi sportivi
- Gruppo D – Tornei sportivi
- Gruppo F – Manifestazioni, sagre e fiere
- Gruppo G – Colonie e centri estivi
- Gruppo L – Enti Religiosi



Esempio di di applicazione della *franchigia*

- *Franchigia* 3%
- *Somma assicurata* € 50.000
- *Invalidità permanente* accertata 12%
- Viene liquidato un *indennizzo* di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio: 12% - 3% = 9% da applicare sulla *somma assicurata* di € 50.000)

7.3 RENDITA DA INFORTUNIO

7.3.1 TEMPORANEA (VALIDA PER ASSICURATI ANONIMI)

In caso di *invalidità permanente* accertata uguale o superiore al 66% a seguito di *infortunio*, Reale Mutua paga per 6 anni una rendita rivalutabile dell'importo indicato nel *modulo di polizza* attraverso una *polizza Vita*.

La *polizza Vita* entra in vigore dalla data in cui viene accertato il grado di *invalidità* ed è inviata comunicazione all'*assicurato* dell'attivazione della *polizza Vita* con le informazioni necessarie.

La rendita conseguente:

- è pagata dopo 12 mesi;
- è pagata finché l'assicurato in vita, per la durata massima di 6 anni.

7.3.2 VITALIZIA (VALIDA PER ASSICURATI NOMINATI)

In caso di *invalidità permanente* accertata uguale o superiore al 66% a seguito di *infortunio*, Reale Mutua paga una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo indicato nel *modulo di polizza*, attraverso una *polizza Vita*. La *polizza Vita* entra in vigore dalla data in cui viene accertato il grado di *invalidità* ed è inviata comunicazione all'*assicurato* dell'attivazione della *polizza Vita* con le informazioni necessarie.

La rendita conseguente:

- è pagata dopo 12 mesi;
- è pagata finché l'*assicurato* rimane in vita.

7.4 RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Reale Mutua, per la cura delle lesioni determinate dal medesimo *infortunio*, che si verificano entro due anni dal giorno dell'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione*, rimborsa, fino alla concorrenza della *somma assicurata* indicata nel *modulo di polizza*, le spese di cura sostenute dall'*assicurato*, in caso di *ricovero* o *day surgery* o in assenza di *ricovero*, secondo quanto riportato ai successivi punti A e B.

Sono inoltre comprese le spese sostenute dall'*assicurato*, fino alla concorrenza di € 2.600, per l'intervento di chirurgia plastica riparatore del *danno estetico* avvenuto entro 2 anni dal giorno dell'*infortunio* (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza dell'*assicurazione*.

A) DURANTE IL RICOVERO / DAY SURGERY

Reale Mutua rimborsa, nel limite della *somma assicurata* indicata nel *modulo di polizza*, le spese effettivamente sostenute dall'*assicurato* in caso di *ricovero* o *day surgery* per:

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*;
- diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
- cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*.

Se le spese sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua, in sostituzione del rimborso, paga una diaria di € 80 per ogni pernottamento in struttura sanitaria, fino ad un massimo di 100 pernottamenti per sinistro.

La diaria sostitutiva cumula con le diarie degli artt. 7.5 Diaria per ricovero da infortunio e 12.2 Diaria per ricovero completa con il limite di € 130 complessivi per giorno di ricovero.

B) SUCCESSIVE AL RICOVERO/DAY SURGERY O IN ASSENZA DI RICOVERO/DAY SURGERY

Reale mutua rimborsa le spese sostenute, nei limiti indicati nel *modulo di polizza*, per

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti riabilitativi*, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie da *infortunio*, purché questo sia provato dal referto di Pronto Soccorso (le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 1.100, mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'*infortunio*).
- per trasporto dell'*assicurato* nella *struttura sanitaria*, fino alla concorrenza di € 520; tale importo è elevato a € 2.600 se l'emergenza richiede intervento di eliambulanza.

Le spese del presente punto sono rimborsate fino alla concorrenza dell'80%; rimane a carico dell'assicurato uno scopperto del 20% - con il minimo di € 75 per ogni sinistro.

7.5 DIARIA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio* per ogni pernottamento in *struttura sanitaria*, con un massimo di 365 pernottamenti per ogni *infortunio*.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria per *Ricovero Completa* di cui all'art. 12.2 Diaria per *ricovero* completa.

7.5.1 ESTENSIONE A MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO

Estensione valida solo per le associazioni di volontariato, indipendentemente dall'iscrizione al RUNTS.

La diaria è pagata anche nel caso di *malattie* contratte in conseguenza dell'attività svolta per conto dell'associazione assicurata.



Esempio del funzionamento dell'estensione alle *malattie* contratte in servizio

Il *contraente* è un'associazione di volontariato locale che di offrire supporto al comune con mansioni socialmente utili come ad esempio ripulire locali pubblici in stato di abbandono.

Nel corso dell'espletamento di questa attività un volontario contrae la pneumoconiosi dovuta all'eccessiva esposizione alla polvere.

In questo caso, Reale Mutua paga una diaria per i giorni di *ricovero* conseguenti alla *malattia* contratta.

7.6 DIARIA POST RICOVERO DA INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di convalida conseguente a *ricovero* con almeno un pernottamento reso necessario da *infortunio*.

La diaria è corrisposta per un numero di giorni pari quelli trascorsi in regime di *ricovero* con il massimo di 365 giorni complessivi per anno assicurativo per ogni *infortunio* in cumulo con la diaria per *ricovero* da *infortunio*.

Qualora la convalida complessiva si protragga oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla *struttura sanitaria*, l'*assicurato* può richiedere il pagamento dell'*indennizzo* maturato al termine di ciascun mese.

La presente garanzia vale per le convalide trascorse in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

La presente diaria può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia alla garanzia Diaria per *Ricovero* da *Infortunio* e non cumula con le garanzie Diaria da Immobilizzazione e Diaria per *Inabilità Temporanea* da *Infortunio*.

7.7 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

Se l'*infortunio* comporta l'applicazione di mezzo di contenzione, reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* a partire dal giorno successivo a quello dell'*infortunio* regolarmente denunciato per il periodo dell'immobilizzazione, per un massimo di 60 giorni per ogni *infortunio*.

La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

La presente garanzia non cumula con le garanzie Diaria Post *Ricovero* Completa, Diaria post *ricovero* da *Infortunio* e Diaria per *Inabilità Temporanea* da *infortunio*.

La presente garanzia vale per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

7.8 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Reale Mutua liquida, se l'*infortunio* ha per conseguenza una *inabilità temporanea*, una diaria al netto dei giorni di *franchigia* indicati nel *modulo di polizza*.

I termini di cui sopra decorrono dal giorno successivo all'*infortunio* regolarmente denunciato, o a quello della denuncia se questa è fatta in ritardo.

La diaria viene corrisposta con la seguente modalità:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni lavorative (incapacità totale);
- al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendervi che in parte (incapacità parziale).

L'*indennizzo* è determinato stabilendo convenzionalmente che i giorni complessivi di Inabilità vengono considerati:

- nella misura del 50% come *Inabilità temporanea* totale;
- nella misura del 50% come *Inabilità temporanea* parziale.

Dal conteggio dei giorni di *inabilità* vengono convenzionalmente esclusi i giorni festivi.

La diaria viene pagata per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni *infortunio*.

La garanzia non cumula con le garanzie Diaria post ricovero da *infortunio* e Diaria da immobilizzazione.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



8.1 PERIMETRO DI COPERTURA

Questa *assicurazione*, in base al gruppo di appartenenza, permette di scegliere tra uno dei perimetri di copertura elencanti in seguito. Il perimetro di copertura scelto dal *contraente* risulta dal *modulo di polizza*. Se non richiamato nessuno dei perimetri di copertura di seguito indicati l'*assicurazione* copre gli *infortuni* professionali ed extraprofessionali (24 ore).

RISCHIO EXTRA PROFESSIONALE

Le garanzie della Sezione Infortuni sono operanti soltanto per gli *infortuni* extraprofessionali.

Qualora l'*assicurato* interrompa temporaneamente il rapporto di lavoro (aspettativa, cassa integrazione o simili), dal quindicesimo giorno successivo all'interruzione, e per tutta la durata della stessa, l'*assicurazione* è prestata per capitali ridotti del 50%.

RISCHIO PROFESSIONALE/PROFESSIONALE PIÙ ITINERE

Le garanzie della Sezione Infortuni sono operanti soltanto per gli *infortuni* occorsi nello svolgimento delle attività professionali specificate nel *modulo di polizza*. In caso di estensione al rischio in itinere le garanzie della Sezione *Infortuni* sono operanti anche durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'*assicurato* al luogo di lavoro e viceversa.

RISCHIO CARICA/CARICA PIÙ ITINERE

L'*assicurazione* vale esclusivamente per gli *infortuni* occorsi agli *assicurati* nello svolgimento delle loro mansioni per conto del *contraente* e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del *contraente*, che l'*infortunio* si è verificato durante gli eventi sopra descritti. In caso di estensione al rischio in itinere le garanzie della Sezione Infortuni sono operanti anche per gli *infortuni* che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'*assicurato* alla Sede della Società/Azienda e viceversa.

Condizioni di assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA REALE - ASSOCIAZIONI ED ENTI

RISCHIO ATTIVITÀ/ATTIVITÀ PIÙ ITINERE

L'assicurazione vale durante le attività svolte sotto l'egida della *contraente* e che possano essere documentate, su eventuale richiesta, come direttamente correlate allo scopo/ragione sociale della stessa, come risultante da atto Costitutivo, e svolte per nome e per conto di questa. Resta fermo il disposto delle *condizioni* di *assicurazione*.

8.2 PECULIARITÀ GRUPPI ASSICURABILI

Questa *assicurazione* presenta le seguenti specificità in base al gruppo di appartenenza.

8.2.1 ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

L'assicurazione, a contraenza dell'associazione di volontariato o dell'ente del terzo settore, assicura tutti gli aderenti all'associazione o, in caso di ente del terzo settore, i volontari risultanti dal registro vidimato ed obbligatoriamente tenuto dal *contraente*.

La polizza è stipulata in applicazione alla normativa in vigore e se l'Associazione *contraente* risulta iscritta al RUNTS. L'associazione deve annotare in via anticipata su apposito registro tutte le missioni e gli incarichi attinenti all'attività svolta con l'indicazione dei nomi dei volontari, dei giorni e dell'ora in cui il servizio viene svolto.

Le garanzie operano:

- per tutti i volontari che, al momento della stipulazione della polizza, risultano iscritti nel registro vidimato;
- dalle ore 24 del giorno di iscrizione nel registro per coloro che aderiscono all'Associazione in data successiva.

L'assicurazione vale anche per i volontari a rotazione come in seguito definiti.

Per regola della rotazione si intende un numero predefinito e nominativo di volontari prelevato dalla totalità del registro degli aderenti/volontari, senza esclusioni, che operano in modo saltuario o a turnazione nello svolgimento dell'attività del *contraente*.

Questo meccanismo è applicabile alle seguenti associazioni: Protezione Civile, Pubbliche Assistenze, AUSER, particolari tipologie di APS (solo per *infortuni* o *malattia*), AIDO, AVIS, Misericordie, ANA UNIVOC, e tutte le associazioni similari.



Esempio di volontari a rotazione

Se il *contraente* è un'associazione simile alla croce Verde Nazionale con 200 volontari totali in rotazione ma con al massimo 30 operativi contemporaneamente nei giorni festivi e 40 nel giorno del santo patrono della città, in occasione dei festeggiamenti. In questo caso il numero di *assicurati* che viene utilizzato per la determinazione del *premio* attraverso il *fattore di quotazione* è 40 (numero massimo di volontari operativi in simultanea su base annua)

A) DONATORI DI SANGUE

La garanzia vale per gli *infortuni* che possono occorrere ai donatori volontari di sangue nell'ambito dei locali in cui si effettuano i prelievi e durante il percorso dalla propria abitazione o luogo di lavoro e viceversa, entro i limiti di 1 ora prima dell'accesso al centro di raccolta e 1 ora dopo l'uscita dallo stesso.

L'assicurazione vale inoltre per le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo del sangue: infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie patologiche simili.

8.2.2 RISCHI SPORTIVI

A) SOCIETÀ SPORTIVE

L'*assicurazione* copre gli atleti dilettanti per i rischi connessi alla pratica sportiva durante le gare e gli allenamenti collegiali (questi ultimi se svolti in luogo identificato). Il rischio in itinere può essere oggetto di copertura assicurativa soltanto se compiuto in forma collegiale con mezzi pubblici o presi a noleggio con conducente (con esclusione dei percorsi individuali e a bordo di auto/motoveicoli personali).

La garanzia vale anche in caso di prestito di atleti ad altre società sportive purché sia preventivamente comunicato a Reale Mutua il nome degli atleti e la durata del prestito.

SOCIETÀ SPORTIVE - SCI CLUB

L'*assicurazione* è prestata esclusivamente per gli *infortuni* occorsi ai soci dello sci club, durante la pratica dello sci, comprese le gare organizzate dal *contraente* – o alle quali il *contraente* aderisce – e relative prove (escluse comunque le gare e le prove di discesa libera e super G).

La garanzia opera in occasione dei trasferimenti collegiali organizzati dal contraente ed effettuati con mezzi pubblici collettivi (esclusi gli aerei); sono esclusi i trasferimenti effettuati con autovetture private.

L'*assicurazione* vale anche per gli *infortuni* causati da caduta di slavine valanghe, che sorprenda gli *assicurati* in occasione delle attività sopra descritte.

È esclusa dalla garanzia la pratica:

- dello sci-alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio;
- dello sci su ghiacciaio fuori dalle piste servite da impianti di risalita in attività.

Per la garanzia rimborso spese di cura Reale Mutua rimborsa inoltre le spese sostenute per il trasporto dell'*assicurato* nella *struttura sanitaria*:

▪ **fino alla concorrenza di € 155,00; l'importo è elevato a € 750,00 se è necessario l'intervento dell'elicottero.**
La garanzia è attiva solo nel territorio europeo.

B) CORSI DI ATTIVITÀ FISICA E PALESTRE

L'*assicurazione* è prestata a favore degli iscritti a corsi di attività fisiche o palestre, contro gli *infortuni* che potessero occorrere durante la loro partecipazione al corso/frequentazione della palestra.

C) ASSICURAZIONE NOMINATIVA CAVALIERI

L'*assicurazione*, a contraenza del Centro di Equitazione, copre gli *infortuni* subiti dagli *assicurati* nominati in *modulo di polizza* unicamente durante l'esercizio dell'equitazione – svolto a titolo ricreativo e di svago e organizzato dal *contraente* – su percorsi anche all'esterno del Centro, con esclusione delle gare e dei concorsi ippici.

D) ASSICURAZIONE ANONIMA CAVALLI

L'*assicurazione*, a contraenza del Centro di Equitazione, copre gli *infortuni* subiti dagli *assicurati* unicamente durante l'esercizio dell'equitazione – svolto a titolo ricreativo e di svago e organizzato dal *contraente* – su percorsi anche all'esterno del Centro, con esclusione delle gare e dei concorsi ippici. I cavalli devono essere identificati mediante "passaporto sanitario" e indicazione dei seguenti dati: nome, manto, età.

8.2.3 TORNEI SPORTIVI

L'*assicurazione* vale esclusivamente per gli *infortuni* che possono subire i giocatori durante la loro partecipazione alle partite del torneo. Per l'individuazione degli *assicurati* si fa riferimento agli elenchi consegnati ai giudici di gara; nel caso in cui le partite non sono arbitrate da arbitri ufficiali si fa riferimento agli elenchi dei giocatori partecipanti.

8.2.4 MANIFESTAZIONI SAGRE E FIERE

L'*assicurazione* copre gli *infortuni* che dovessero accadere al personale di organizzazioni/pro-loco e entità che, come oggetto della propria attività, organizzano sul territorio manifestazioni, sagre e fiere. Si intendono coperte le attività sia di predisposizione di attrezzature, montaggio di palchi, che di supporto durante l'organizzazione dell'evento (a titolo esemplificativo somministrazione di cibo/bevande, cucina, monitoraggio degli accessi.)

8.2.5 COLONIE E CENTRI ESTIVI

L'*assicurazione* opera:

- per gli iscritti alla colonia o al centro estivo dal momento in cui essi vengono presi in consegna dal personale preposto a cura del *contraente* e cessa all'atto della loro riconsegna ai rispettivi familiari o a chi per essi;
- per i dirigenti, gli accompagnatori, gli animatori e gli inservienti la garanzia cessa alle ore 24 del giorno in cui gli stessi iniziano e rispettivamente terminano il servizio presso il *contraente*.

È compreso nell'*assicurazione* il rischio relativo ai viaggi collettivi dal luogo di raccolta alla colonia e viceversa, organizzati dal *contraente* e compiuti con normali mezzi di locomozione di proprietà di *terzi* (aerei esclusi).

8.2.6 ENTI RELIGIOSI

L'*assicurazione* opera a copertura degli infortuni che accadono al personale religioso, a eventuale personale laico e volontariato, attivi nei luoghi di culto, oratori e centri religiosi, di qualsiasi culto riconosciuto.

8.3 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

L'*assicurazione* comprende anche gli infortuni subiti:

- in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; per legittima difesa o atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana;
- atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'*assicurato* non vi abbia preso parte attiva.

Per le polizze di durata annuale l'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni* subiti:

- a causa di guerra, se e in quanto l'*assicurato* è sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità. L'*assicurazione* vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, fatto salvo quanto precedentemente previsto.
- durante l'uso, soltanto in qualità di passeggero, di aeromobili; sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.

8.4 ATTIVITÀ SPORTIVE

A) ATTIVITÀ SPORTIVE CON LIMITAZIONE DELL' INDENNIZZO (articolo valido per perimetro di copertura 24 ore o extraprofessionale)

Le garanzie della presente Sezione sono operanti durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

L'indennizzo è pagato al 50% se l'infortunio si verifica durante:

- **la pratica di alpinismo fino al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autospiratore (compresi i casi di embolia), bob, slittino, skeleton, salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su**

ghiacciaio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentati;

- la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sport su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.

B) ATTIVITA' SPORTIVE ESCLUSE (articolo valido per tutti i perimetri di copertura)

La garanzia non vale per gli *infortuni* derivanti da:

- pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- pratica di *sport estremi*;
- partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore (mentre è compresa in garanzia la partecipazione a gare di regolarità pura);
- partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative mo artiche, himalayane, andine; regate oceaniche, sci estremo).

Per le attività sportive assimilabili a quelle riportate ma non specificatamente indicate, sarà utilizzato il criterio analogico con riferimento alla più simile tra le attività sportive elencate.

9. CHE COSA NON È ASSICURATO



9.1 ESCLUSIONI

A) CHI NON È ASSICURATO

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali.

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

- derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione* e le loro conseguenze;
- derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
- derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari salvo quanto previsto all'art. 8.1 Rischi assicurati con particolari delimitazioni;
- derivanti dalla pratica della speleologia;
- derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze
- subiti dall'*assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- subiti dall'*assicurato* in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.
- conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe e uragani che si verificano in Italia, San Marino e Città del Vaticano.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 8.4 B Attività sportive Escluse (articolo valido per tutti i perimetri di copertura).

Sono comunque escluse le ernie non traumatiche.

Inoltre, limitatamente alle garanzie Diaria per *Ricovero da Infortunio*, Diaria post *Ricovero da Infortunio*, Diaria da Immobilizzazione e Diaria per *Inabilità temporanea da Infortunio*, Reale Mutua non presta le garanzie previste in *assicurazione* per:

- pratica di automobilismo e motociclismo durante libero accesso ai circuiti;
- *malformazioni o difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;

B) LIMITI DI ETÀ

Reale Mutua non assicura le persone con età superiore a quanto indicato nella tabella a seguire.

Le persone che raggiungono il limite di età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso del premio dopo il superamento del limite di età non costituisce deroga ed è restituito da Reale Mutua.

Per il gruppo B - Associazioni e organizzazioni di volontariato valgono i seguenti limiti di età:

GARANZIE	Limite di età per la permanenza in <i>assicurazione</i>
Morte da <i>Infortunio</i>	85 anni compiuti
<i>Invalidità permanente da Infortunio</i>	85 anni compiuti
Rendita Temporanea/Vitalizia da <i>Infortunio</i>	80 anni compiuti
Rimborso Spese di Cura da <i>Infortunio</i>	85 anni compiuti
Diaria per <i>Ricovero da Infortunio</i>	85 anni compiuti
Diaria Post <i>Ricovero da Infortunio</i>	75 anni compiuti
Diaria da Immobilizzazione	80 anni compiuti
Diaria per <i>Inabilità temporanea da Infortunio</i>	75 anni compiuti

Per gli altri gruppi assicurabili dalle presenti *condizioni di assicurazione* valgono i seguenti limiti di età:

GARANZIE	Limite di età per la permanenza in <i>assicurazione</i>
Morte da <i>Infortunio</i>	80 anni compiuti
<i>Invalidità permanente da Infortunio</i>	80 anni compiuti
Rendita Temporanea/Vitalizia da <i>Infortunio</i>	75 anni compiuti
Rimborso Spese di Cura da <i>Infortunio</i>	80 anni compiuti
Diaria per <i>Ricovero da Infortunio</i>	80 anni compiuti
Diaria Post <i>Ricovero da Infortunio</i>	70 anni compiuti
Diaria da Immobilizzazione	75 anni compiuti
Diaria per <i>Inabilità temporanea da Infortunio</i>	70 anni compiuti

10. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Gruppo per cui è valida
<i>Invalidità permanente da infortunio</i>	FRANCHIGIA 3% INTERA SOMMA ▪ <i>Franchigia 3% su intera somma</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo B – Associazioni e organizzazioni di volontariato ▪ Gruppo F – Manifestazioni, sagre e fiere ▪ Gruppo G – Colonie e centri estivi ▪ Gruppo L – Enti Religiosi
<i>Invalidità permanente da infortunio</i>	FRANCHIGIA 5% INTERA SOMMA ▪ <i>Franchigia 5% su intera somma</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo B – Associazioni e organizzazioni di volontariato ▪ Gruppo C – Rischi sportivi ▪ Gruppo D – Tornei sportivi ▪ Gruppo F – Manifestazioni, sagre e fiere ▪ Gruppo G – Colonie e centri estivi ▪ Gruppo L – Enti Religiosi
<i>Rendita temporanea da infortunio</i>	<i>Franchigia 65%</i>	
<i>Rendita vitalizia da infortunio</i>	<i>Franchigia 65%</i>	
<i>Rimborso spese di cura da Infortunio</i>	Scoperto 20% con il minimo di € 75 per spese successive al <i>ricovero</i> o in assenza di <i>ricovero</i>	
<i>Diaria per ricovero da infortunio</i>		
<i>Diaria post ricovero da infortunio</i>	-	
<i>Diaria da immobilizzazione</i>	-	
<i>Diaria per inabilità temporanea da infortunio</i>	indicata nel <i>modulo di polizza</i>	



11. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

11.1 LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di *sinistro* che colpisce più *assicurati* la somma pagata, non può complessivamente superare l'importo di € 5.200.000.

Se i capitali garantiti totali eccedono tale importo, le indennità dovute in caso di *sinistro* sono adeguate con imputazione proporzionale sui singoli *assicurati*, fermo restando il diritto del *contraente* a chiedere il rimborso dei *premi* imponibili nella stessa proporzione.

11.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Pertanto:

- non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio*, in quanto conseguenze indirette di esso;
- se al momento dell'*infortunio* l'*assicurato* è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla garanzia *Invalità permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'art.11.5 o, se resa operante l'opzione, le percentuali di cui all'Appendice 1, sono diminuite tenendo conto del grado di *invalidità* preesistente.



Esempio di stato patologico pregresso.

Marco in data 15.02.2024 a seguito di *infortunio* subisce la rottura della tibia destra, che lo costringe ad utilizzare le stampelle.

Successivamente in data 01.03.2024 Marco rientra tra gli *assicurati* di Infortuni Cumulativa Reale.

In data 03.03.2024 Marco, in conseguenza alla difficoltà a deambulare, cade e si procura un nuovo *infortunio*.

In questo caso Reale Mutua non paga l'*infortunio* poiché conseguenza di uno stato patologico precedente alla sottoscrizione dell'*assicurazione*.

11.2.1 LESIONI SPECIALI

Reale Mutua corrisponde gli *indennizzi* forfettari sotto elencati a condizione che le lesioni subite siano conseguenti ad *infortunio*.

A) LESIONI TENDINEE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;

Reale Mutua, derogando ai criteri di indennizzabilità per la sola garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*, riconosce un grado di invalidità pari al 3%, senza applicazione delle *franchigie* eventualmente previste.

B) ERNIE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 9.1, relativamente alle sole ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino *ricovero* o *intervento chirurgico*, Reale Mutua corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* con il minimo di € 500 per *sinistro*. La diaria suindicata sostituisce tutte le garanzie della Sezione *Infortuni*.

11.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'*assicurazione*, in caso di *infortunio* l'*assicurato*, il *contraente* o altra persona in sua vece deve denunciare l'*infortunio* entro 3 giorni dal *sinistro*, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata l'*assicurazione* oppure alla Sede di Reale Mutua. La comunicazione tardiva può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art.1915 c.c.

La denuncia deve contenere:

- la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- il certificato medico contenente la prognosi della ripresa - anche parziale - dell'*attività lavorativa* o delle ordinarie occupazioni da parte dell'*assicurato*;
- documentazione che provi l'esistenza del rapporto tra l'*assicurato* e il *contraente*.

L'*assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, con particolare riguardo alla *cartella clinica* nel caso in cui vi sia stato *ricovero* o *day surgery*;
- acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

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

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

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

11.3.1 MORTE DA INFORTUNIO

In aggiunta a quanto sopra indicato in caso di morte dell'*assicurato*, i *beneficiari* o gli eredi legittimi devono presentare:

- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'*assicurato*;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva all'atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i *beneficiari* o gli eredi legittimi, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Reale Mutua circa il reimpiego della quota spettante al minorenne;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro* e per la corretta identificazione degli aventi diritto.

11.3.2 DIARIA POST RICOVERO DA INFORTUNIO, DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE, DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Fermo restando quanto indicato all'art. 11.3 se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle franchigie eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore.

Inoltre, per la garanzia Diaria da Immobilizzazione, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da *cartella clinica* o da documento equivalente rilasciato dalla *struttura sanitaria* o dal medico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione).

11.3.3 ACCERTAMENTI E CONTROLLI

Reale Mutua ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il *contraente* si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate da Reale Mutua di eseguire gli accertamenti.

11.4 DATA DEL SINISTRO

Per "data del *sinistro*" si intende:

- per le garanzie Diaria per *Ricovero da Infortunio* e Diaria Post *Ricovero da Infortunio*, la data in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- per le altre garanzie della Sezione *Infortuni* la data di accadimento dell'*infortunio*.

11.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento. L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.

L'assicurazione vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Laddove una delle garanzie non possa cumulare con altre verrà liquidata quella di maggior favore per l'assicurato. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'assicurato. L'assicurato deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la struttura sanitaria.

A) Rimborso spese di cura da *Infortunio*

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

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

B) *Invalidità permanente da Infortunio*

Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede al pagamento entro 25 giorni dalla denuncia di *sinistro* corredata dalla documentazione indicata all'art. 11.3 Denuncia dell'*infortunio* - obblighi dell'assicurato.

Il diritto all'indennizzo per *invalidità permanente* è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a *beneficiari*, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite – prima che l'indennizzo sia stato pagato, Reale Mutua, previa produzione del certificato di morte dell'assicurato, paga ai *beneficiari*:

a) l'importo già concordato, o in alternativa,

b) l'importo offerto.

Se l'assicurato muore per cause indipendenti dall'*infortunio* già denunciato prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari, Reale Mutua può pagare ai *beneficiari* l'importo determinato con le modalità degli art. 11.3 Denuncia dell'*infortunio* - obblighi dell'assicurato e 11.5 Liquidazione e pagamento a condizione che:

- i *beneficiari* forniscano il certificato di morte dell'assicurato;
- i *beneficiari* presentino i documenti che dimostrano la stabilizzazione dei postumi permanenti (ad esempio certificato di invalidità INPS/INAIL).

Reale Mutua corrisponde su richiesta dell'*assicurato* un *indennizzo* a titolo di anticipo pari al 50% del presumibile *indennizzo* definitivo in caso di *invalidità permanente* stimata superiore al 25% in base alla documentazione acquisita. L'*assicurato* può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica. Qualora nel corso della successiva trattazione e sino alla definizione del *sinistro* dovessero emergere dei motivi di non *indennizzabilità*, l'*assicurato* si impegna alla restituzione delle somme percepite a titolo di anticipo.

Il grado di *invalidità permanente* è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE*

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	
▪ un anulare	8%	
▪ un mignolo	12%	
▪ una falange ungueale del pollice	9%	
▪ 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 prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione 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	1%	
▪ una falange ungueale dell'alluce	2,5%	

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole		35%
▪ del ginocchio in estensione		25%
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica		15%
▪ paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un occhio		25%
▪ ambedue gli occhi		100%
perdita totale della capacità uditiva di:		
▪ un orecchio		10%
▪ ambedue le orecchie		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 un metamero sacrale		3%
▪ di 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 senza compromissioni significative della funzionalità renale		15%
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
▪ afonia (perdita totale della voce) (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		30%

Mancinismo e menomazioni visive/auditive

In caso di mancinismo le percentuali di *invalidità* previste per l'arto superiore destro valgono per l'arto *sinistro*. Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procede alla quantificazione del grado di *invalidità* tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Cumulo di menomazioni sullo stesso arto

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro *parti* comporta l'applicazione della percentuale di *invalidità* calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Altri criteri di determinazione dell'*invalidità*

Nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

SEZIONE MALATTIE

In caso di *assicurazione* nominativa, relativamente alla garanzia *Invalità permanente da malattia*, Reale Mutua assicura le persone indicate nel *modulo di polizza* contro le *malattie* che comportino un'*invalidità permanente*, in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario 5012 MAL che forma parte integrante del contratto di *assicurazione*.

È necessario che l'*assicurato* risponda alle domande previste dal questionario sanitario in maniera precisa e veritiera senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'*assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.



12. CHE COSA È ASSICURATO

12.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Reale Mutua garantisce l'*indennizzo* per *invalidità permanente*:

- **determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;**
- **verificatasi non oltre un anno dalla scadenza dell'assicurazione (purché la malattia che la determina sia insorta prima della scadenza del contratto stesso).**

Il grado di *invalidità* è accertato con riferimento ai criteri di valutazione stabiliti all'art.16.1 Criteri di indennizzabilità.

12.1.1 TIPOLOGIE DI FRANCHIGIE

A) Franchigia 24%

Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza della *somma assicurata*, secondo i criteri di seguito indicati:

- **se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 25% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*assicurato*;**
- **i casi di *invalidità permanente* accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un *indennizzo* calcolato applicando alla *somma assicurata* la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata.**

% di <i>invalidità permanente</i> accertata	<i>Indennizzo</i> % della <i>somma assicurata</i>
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20

% di <i>invalidità permanente accertata</i>	<i>Indennizzo % della somma assicurata</i>
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	dal 35 al 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66 e oltre	100

B) *Franchigia 33%*

Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza della *somma assicurata*, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente accertata* è pari o inferiore al 33% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*assicurato*;
- i casi di *invalidità permanente accertata* di grado superiore al 33% della totale danno diritto ad un *indennizzo* calcolato applicando alla *somma assicurata* la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente accertata*:

% I.P.	% <i>Indennizzo</i>
34	8
35	11
36	14
37	17
38	20
39	23
40	26
41	29
42	32
43	35
44	38

% I.P.	% <i>Indennizzo</i>
da 45 a 65	da 45 a 65
66	69
67	73
68	76
69	80
70	84
71	88
72	91
73	94
74	97
da 75	100

C) *Franchigia 65%*

Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza della *somma assicurata*, secondo i criteri di seguito indicati:

- se l'*invalidità permanente accertata* è pari o inferiore al 65% della totale, nessun *indennizzo* spetta all'*assicurato*;
- i casi di *invalidità permanente accertata* di grado superiore al 65% della totale danno diritto alla corresponsione dell'intera *somma assicurata*.

12.2 DIARIA PER RICOVERO COMPLETA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio, malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale*, per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* con un massimo di 365 pernottamenti per anno *assicurativo* e per *assicurato*.

Per la dialisi il massimo è di 30 applicazioni per anno assicurativo e per assicurato.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria per *Ricovero da Infortunio* di cui all'art. 7.5.

12.3 DIARIA POST RICOVERO COMPLETA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* in caso di convalescenza conseguente a *ricovero* reso necessario da:

- ***infortunio, malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale a condizione che il ricovero abbia comportato almeno un pernottamento;***
- ***neoplasia maligna (escluso cancro in situ), infortunio che comporti immobilizzazione, indipendentemente dalla durata del ricovero (come contrattualmente definito).***

La presente garanzia vale per le convalescenze trascorse in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano e può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia Diaria per *Ricovero Completa*.

La diaria è corrisposta per un numero di giorni pari alla durata del *ricovero*, con il massimo di 365 giorni per anno assicurativo.

Se la convalescenza complessiva si protrae oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla *struttura sanitaria*, l'*assicurato* può richiedere il pagamento dell'*indennizzo* maturato al termine di ciascun mese.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria post *Ricovero da Infortunio* di cui all'art. 7.6 e alla Diaria per *Inabilità temporanea da malattia* di cui all'art. 12.4.

12.4 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* per ogni giorno di *malattia* nel quale l'*assicurato* sia impedito a svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative.

La presente garanzia è alternativa alla Diaria Post *Ricovero Completa* di cui all'art. 12.3 Diaria post *ricovero completa*. La presente garanzia vale soltanto per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

La Diaria è corrisposta a partire dall'21° giorno di *malattia*, regolarmente denunciata e documentata con certificazione medica, per un massimo di 180 giorni consecutivi per ogni *malattia*.

In caso di più eventi dovuti ad inabilità totale per *malattia*, Reale Mutua corrisponde la diaria per un massimo di 365 giorni.

13. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



13.1 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

Relativamente alle garanzie Diaria per *Ricovero* Completa e Diaria Post *Ricovero* Completa l'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni* subiti:

- ✓ in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; per legittima difesa o atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana;
- ✓ atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'*assicurato* non vi abbia preso parte attiva;

Per le polizze di durata annuale l'*assicurazione* comprende anche gli *infortuni* subiti:

- ✓ a causa di guerra, se e in quanto l'*assicurato* è sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità. L'*assicurazione* vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, fatto salvo quanto precedentemente previsto.
- ✓ durante l'uso, soltanto in qualità di passeggero, di aeromobili; sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.



14. CHE COSA NON È ASSICURATO

14.1 ESCLUSIONI

A) CHI NON È ASSICURATO

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non presta la garanzia *Invalità permanente da malattia per invalidità permanenti*:

- preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- determinate da *malattie* conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione;
- conseguenti a alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- conseguenti ad atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- conseguenti a guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- conseguenti a patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- conseguenti a *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- conseguenti a trattamenti aventi finalità estetiche, dimagranti, fitoterapiche;
- conseguenti a sieropositività da virus H.I.V.
- conseguenti a movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Relativamente alle garanzie *Diaria per ricovero completa*, *Diaria post ricovero completa* e *Diaria per inabilità temporanea da malattia* Reale Mutua non presta le garanzie previste dall'assicurazione per:

- *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell' Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- conseguenze di guerre, insurrezioni in genere salvo quanto riportato all'art. 12.1 Rischi assicurati con particolari delimitazioni;
- conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;
- *infortuni* derivanti dalla pratica della speleologia;
- pratica di automobilismo e motociclismo durante libero accesso ai circuiti;
- conseguenze di patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- *infortuni* subiti dall'assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- *infortuni* subiti dall'assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub,

di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

- conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio*), dimagranti, fitoterapiche;
- sieropositività da virus H.I.V.

Sono inoltre esclusi i ricoveri:

- check-up di medicina preventiva;
- per parto e puerperio;
- per infertilità, sterilità, impotenza;
- per aborto volontario non terapeutico;
- dovuti alla necessità dell'*assicurato*, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di *terzi* per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- per interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- per paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche.

B) LIMITI DI ETÀ

Reale Mutua non assicura le persone con età superiore a quanto indicato nella tabella a seguire.

Le persone che raggiungono il limite di età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del *premio*.

L'eventuale incasso del *premio* dopo il superamento del limite di età non costituisce deroga ed è restituito da Reale Mutua.

GARANZIE	Limite di età per la permanenza in <i>assicurazione</i>
<i>Invalidità Permanente da Malattia</i>	67 anni compiuti
Diaria per <i>Ricovero Completa</i>	75 anni compiuti
Diaria Post <i>Ricovero Completa</i>	70 anni compiuti
Diaria per <i>Inabilità temporanea da Malattia</i>	67 anni compiuti

14.2 CARENZE

Limitatamente alle garanzie Diaria per *ricovero completa*, Diaria post *ricovero completa* e Diaria per *Inabilità temporanea da malattia* e per i casi previsti dall'art. 7.5.1 l'*assicurazione* decorre dalle ore 24:

- ! del giorno di effetto del contratto per gli *infortuni* e l'aborto post-traumatico;
- ! del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che non si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);
- ! del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero* o *day surgery* o di incapacità provvisoria a svolgere le proprie normali occupazioni lavorative verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo*, anche se il *ricovero* o l'*inabilità* siano proseguiti oltre.

14.3 SOSTITUZIONE DELLA POLIZZA

Limitatamente alle garanzie Diaria per *ricovero* completa e Diaria post *ricovero* completa in caso di sostituzione di *polizza*, senza soluzione di continuità, di copertura analoga presso Reale Mutua, relativamente agli stessi *assicurati*:

- ***l'indennizzo è corrisposto integralmente per le conseguenze di infortuni occorsi a partire dall'effetto della prima assicurazione stipulata con Reale Mutua, per le medesime garanzie, dell'assicurazione e per le conseguenze di malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) a partire dall'effetto della prima assicurazione stipulata con Reale Mutua, per le medesime garanzie, (sempreché tali eventi non fossero esclusi dalla polizza sostituita);***
Tale regola non trova applicazione per l'*eccedenza delle somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente sezione.*
- ***le carenze sopra indicate operano solamente per l'eccedenza delle somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente sezione.***

15. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia
<i>Invalidità permanente da malattia</i>	Franchigia alternativa a scelta tra: <ul style="list-style-type: none">▪ 24%▪ 33%▪ 65%
Diaria per <i>ricovero</i> completa	
Diaria post <i>ricovero</i> da completa	
Diaria per <i>Inabilità temporanea da malattia</i>	20 giorni



16. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

16.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua valuta il grado di *invalidità permanente* derivante direttamente ed esclusivamente dalla *malattia* denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*, nonché a mutilazioni o *difetti fisici*. Comunque, nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'*assicurato* venga colpito, in tempi diversi, da più *invalidità permanenti* conseguenti a *malattie* non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di *invalidità permanente* complessivamente raggiunto. Tuttavia, qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta senza considerare le invalidità, conseguenti alle singole *malattie*, di grado inferiore al 10% della totale. Dall'*indennizzo* spettante per il grado di *invalidità permanente* così accertato viene detratto l'importo corrisposto per le *invalidità permanenti* precedentemente liquidate.

Il grado di *invalidità permanente* indennizzabile a seguito di uno o più *sinistri*, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il grado di *invalidità permanente* viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data denuncia del *sinistro* e accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (D.P.R. 30.6. 1965, n.1124, allegato n. 1) di cui all'Appendice 1.

Nei casi di *invalidità permanente* non previsti dalla suddetta tabella, la valutazione verrà effettuata dal Consulente Medico di Reale Mutua che terrà conto, con riguardo ai casi di *invalidità permanente* previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*assicurato* ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'*assicurato* sia del Consulente Medico di Reale Mutua, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della *malattia* denunciata e qualora l'*Assicurato* non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di *invalidità permanente* che risulterebbero se l'*assicurato* stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

16.2 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

16.2.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'*assicurazione*, in caso di *malattia* l'*assicurato* deve:

- denunciare la *malattia* all'Agenzia alla quale è assegnata l'*assicurazione* oppure alla sede di Reale Mutua quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la *malattia* stessa possa comportare una *invalidità permanente*, di qualsiasi grado, anche se non maggiore della *franchigia*;
- inviare a Reale Mutua, con la denuncia del *sinistro*, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
- inviare periodicamente a Reale Mutua informazioni relative al decorso della *malattia* denunciata, fornendo anche copia delle *cartelle cliniche* di eventuali *ricoveri* ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;

- sciogliere dal segreto professionale nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato;
- fornire a Reale Mutua certificato di guarigione o equivalente dichiarazione.
- fornire la documentazione che provi l'esistenza del contrattuale tra l'assicurato e il contraente.

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

16.2.2 DIARIA PER RICOVERO COMPLETA, DIARIA POST RICOVERO COMPLETA E DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

Per avere diritto alle prestazioni offerte dall'assicurazione, l'assicurato deve:

- entro 3 giorni dalla data del *sinistro* denunciare il *sinistro*, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata l'assicurazione oppure alla Sede di Reale Mutua. La comunicazione tardiva può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, ai sensi dell'art.1915 c.c.. La denuncia deve contenere certificazione medica sulla natura della patologia e della relativa prognosi. In caso di *ricovero* o *day surgery* è necessario fornire copia della *cartella clinica* completa;
- sottoporsi, anche in fase di *ricovero* o *day surgery*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.
- fornire la documentazione che provi l'esistenza del rapporto tra l'assicurato e il contraente.

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

Se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità (e delle *franchigie* eventualmente previste) decorre dal giorno della denuncia stessa. I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'inabilità dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'*indennizzo* viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore.

16.3 DATA DEL SINISTRO

Per "data del *sinistro*" si intende:

- per la garanzia *Invalità permanente* da *malattia*, il giorno in cui è stata denunciata la *malattia*,
- per le garanzie Diaria per *Ricovero Completa*, Diaria Post *Ricovero Completa* la data in cui si è verificato il *ricovero* o il *day surgery*;
- per la garanzia Diaria per *Inabilità Temporanea* da *Malattia*, il primo giorno di inabilità documentato da certificazione medica.

16.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del *sinistro* e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento dello stesso.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta, e la sua eventuale traduzione, restano a carico dell'assicurato. L'assicurato deve acquisire personalmente la documentazione medica richiesta presso la *struttura sanitaria*.

16.4.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

Tuttavia, se l'*assicurato* muore prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, Reale Mutua, previa produzione del certificato di morte dell'*assicurato*, liquida agli eredi o aventi causa:

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

Se l'*assicurato* muore per cause indipendenti dalla *malattia* denunciata prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti dall'*assicurazione*, Reale Mutua liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'*assicurato*, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 16.1 Criteri di indennizzabilità 16.2 Denuncia del *sinistro* – obblighi dell'*assicurato* anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dagli eredi o aventi causa, 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*.

La somma assicurata rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.

Pertanto, la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanente determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della somma assicurata indicato in modulo di polizza.

Il pagamento dell'intera somma assicurata implica, per l'assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia. L'indennizzo viene corrisposto in Italia.

16.4.2 DIARIA PER RICOVERO COMPLETA, DIARIA POST RICOVERO COMPLETA E DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA.

L'assicurazione vale soltanto per i periodi di convalescenza e inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.

Laddove una delle garanzie non possa cumulare con altre verrà liquidata quella di maggior favore per l'*assicurato*.

Relativamente alla garanzia Diaria per *Ricovero Completa*, per il pagamento dell'*indennizzo* si tiene conto del numero dei pernottamenti in *struttura sanitaria*.

SEZIONE TUTELA LEGALE

PREMESSA DI AFFIDAMENTO

Questa Sezione opera solo se richiamata sul *modulo di polizza*. Resta ferma l'efficacia dell'art. 19 "Che cosa non è assicurato" e di tutti gli altri limiti e norme indicati in *polizza*, se non espressamente derogati.

La gestione dei *sinistri* relativi alla Tutela Legale è stata affidata da Reale Mutua a:

ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia con sede e Direzione Generale in viale del Commercio n. 59 – 37135 Verona, in seguito denominata anche solo ARAG, alla quale l'*assicurato* può rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti:

Telefono centralino: **045.8290411**

Indirizzo e-mail per l'invio nuove denunce di *sinistro*: **denunce@arag.it**

Indirizzo e-mail per l'invio di documentazione relativa alla gestione del *sinistro*: **sinistri@arag.it**.

ARAGTEL – Consulenza Telefonica

ARAG mette a disposizione del *contraente* e dell'*assicurato* il Servizio di consulenza telefonica "ARAGTEL" per informazioni e assistenza in merito alla Sezione Tutela Legale.



ARAGTEL fornisce informazioni e assistenza in merito:

- a leggi, decreti e normative vigenti;
- al contenuto e alla portata delle garanzie previste nella Sezione Tutela Legale;
- agli adempimenti previsti in caso di interventi dinanzi all'autorità giudiziaria.

Il servizio è disponibile dal lunedì al giovedì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00, il venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00.



17 CHE COSA È ASSICURATO

17.1 RISCHIO ASSICURATO

Reale Mutua assicura la Tutela Legale nei casi indicati all'art. 17.3 Casi assicurati".

Se l'*assicurato* è coinvolto in una controversia, Reale Mutua copre le seguenti spese:

- ✓ compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della controversia,
- ✓ *spese di giustizia*,
- ✓ compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG,
- ✓ compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione,
- ✓ spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione è obbligatoria,
- ✓ spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri,
- ✓ compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale,
- ✓ spese di soccombenza poste a carico dell'*assicurato*,
- ✓ spese di esecuzione forzata, fino a due tentativi per *sinistro*,
- ✓ compensi dei periti, dei consulenti tecnici d'ufficio e dei consulenti tecnici di parte, purché scelti in accordo con ARAG,
- ✓ spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;
- ✓ spese non ripetibili dalla controparte.

Se tali spese sono poste a carico della controparte, ARAG ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato. Per ogni grado di giudizio, è garantito l'intervento di un solo avvocato territorialmente competente ai sensi dell'art. 20.2 Gestione del *sinistro*, scelta dell'avvocato e pagamento delle spese.

L'*assicurato* è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo la vigente normativa, i documenti necessari per la gestione della controversia.

Resta a carico dell'*assicurato* ogni altra spesa o onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o al termine del procedimento.

Restano a carico del *contraente*, anche se il pagamento è stato anticipato da Reale Mutua, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge e relativi al *premio*, all'*assicurazione* e agli atti da esso dipendenti.

17.2 AMBITO DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie di questa Sezione operano a tutela dei diritti degli assicurati per fatti relativi all'attività e alle finalità risultanti dall'atto costitutivo o dallo statuto dell'associazione assicurata.

17.3 CASI ASSICURATI

Le garanzie previste al punto 17.1 Rischio *assicurato* operano nei seguenti casi:

1) DIFESA NEI PROCEDIMENTI PENALI PER DELITTI COLPOSI O CONTRAVVENZIONI

Reale Mutua copre le spese:

- di difesa nei procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni, anche in materia fiscale e amministrativa;
- di difesa nei procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni, connessi all'utilizzo del web, dei social media o social network nel corso dell'*attività*;

- le spese per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'*attività*.

2) DIFESA NEI PROCEDIMENTI PENALI PER DELITTI DOLOSI

Reale Mutua copre le spese:

- di difesa nei procedimenti penali per delitti dolosi, anche in materia fiscale e amministrativa;
- di difesa nei procedimenti penali per delitti dolosi, connessi all'utilizzo del web, dei social media o social network nel corso dell'*attività*;
- per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'*attività*.

Questa garanzia opera nei casi in cui:

- l'*assicurato* è assolto con sentenza passata in giudicato;
- il reato è derubricato da doloso a colposo;
- il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato;
- il procedimento si conclude con applicazione della pena su richiesta delle parti (patteggiamento) o il reato si estingue per prescrizione.

La garanzia non opera nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

ARAG rimborsa le spese sostenute dagli *assicurati* nel momento in cui si ha il passaggio in giudicato della sentenza o quando viene emesso il provvedimento di archiviazione.

L'*assicurato* ha l'obbligo di restituire ad ARAG le spese anticipate da ARAG se:

- la sentenza definitiva è diversa da assoluzione o derubricazione del reato da doloso a colposo;
- se a seguito di provvedimento di archiviazione il giudizio è riaperto e viene emessa una sentenza diversa da assoluzione o derubricazione del reato da doloso a colposo.

L'*assicurato* ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente ad ARAG copia della sentenza definitiva, tramite comunicazione inviata anche a mezzo email.

La garanzia copre le spese sostenute da tutti gli *assicurati*.

3) PACCHETTO SICUREZZA

In materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, compresa la committenza dei lavori, in materia di sicurezza alimentare e in materia di tutela dell'ambiente, sono coperte le spese:

- relative a procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni;
- per l'impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie se pari o superiori a € 250 (duecentocinquanta).

In materia di protezione dei dati personali sono coperte le spese:

- relative a procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni;
- relative a procedimenti penali per delitti dolosi, se l'*assicurato* è assolto con sentenza passata in giudicato, il reato è derubricato da doloso a colposo, il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato, il procedimento si conclude con applicazione della pena su richiesta delle parti (patteggiamento) o il reato si estingue per prescrizione. La garanzia non opera nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa;
- per resistere a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del *massimale* dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza, alla richiesta di risarcimento di *terzi* per danni extra contrattuali causati dall'*assicurato*;
- per l'impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie se pari o superiori a € 250 (duecentocinquanta);
- per i reclami all'autorità competente.

Questa garanzia, in ciascuna delle precedenti materie, copre le spese sostenute dagli *assicurati* e da qualsiasi altro soggetto svolga attività su incarico del *contraente*.

In materia di responsabilità amministrativa delle società e degli enti sono coperte le spese a carico:

- del *contraente* nei procedimenti di accertamento della sua responsabilità da reato e per l'impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie se pari o superiori a € 250 (duecentocinquanta);
- dei soggetti di cui all'art. 5 del D.Lgs. n. 231/2001, anche se non dipendenti del *contraente*, per la difesa nei procedimenti penali per delitti colposi, contravvenzioni e delitti dolosi previsti dal d.lgs. 231/2001. Per i delitti dolosi sono coperte le spese sostenute se: l'*assicurato* è assolto con decisione passata in giudicato, il reato è derubricato da doloso a colposo, il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato, il procedimento si conclude con applicazione della pena su richiesta delle parti (patteggiamento) o il reato si estingue per prescrizione. Non sono coperte le spese sostenute nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

Questa garanzia, in tutte le materie, opera anche per i *sinistri* avvenuti entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'*attività* presso il *contraente*.

17.4 SOGGETTI ASSICURATI

Salvo limitazioni previste da specifiche garanzie, si considerano *assicurati*:

- l'associazione di persone *contraente*;
- i membri del consiglio direttivo.

Nel caso di vertenze fra *assicurati* le garanzie operano unicamente a favore dell'associazione *contraente*.

18. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



18.1 COESISTENZA DI COPERTURA DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione di una controversia per conto dell'*assicurato*, le garanzie previste in questa Sezione operano in secondo rischio, quindi in eccedenza al massimale per le spese di resistenza e di soccombenza previsto dalla copertura di responsabilità civile.

18.2 INSORGENZA DEL SINISTRO

Ai fini di questa Sezione, per momento di insorgenza del *sinistro* si intende:

- nelle controversie di natura amministrativa e penale: il compimento, da parte della competente Autorità, del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo o penale nel pacchetto sicurezza. Ad eccezione dell'omicidio colposo, delle lesioni colpose o dei delitti dolosi per i quali si considera la violazione o presunta violazione della norma di legge;
- nelle controversie di natura contrattuale: la prima violazione del contratto o delle norme di legge.

In presenza di più violazioni relative al medesimo *sinistro*, per momento di insorgenza del caso si fa riferimento alla data della prima violazione.

18.3 EFFICACIA TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE

Questa Sezione opera per i *sinistri* verificatisi:

- durante il periodo di validità dell'*assicurazione*: nelle controversie di natura amministrativa e penale;
- trascorsi tre mesi dalla data di decorrenza dell'*assicurazione* (periodo di carenza): in tutti i restanti casi.

Il periodo di carenza di tre mesi non si applica alle garanzie già previste in altra precedente polizza di Tutela Legale, a copertura del medesimo rischio, stipulata senza soluzione di continuità rispetto all'*assicurazione*. Alla denuncia di *sinistro* dovrà essere allegata idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di tale precedente *assicurazione* di Tutela Legale. Tale dispositivo non si intende operante per tutte le polizze emesse senza soluzione di continuità della copertura assicurativa rispetto ad un'*assicurazione* precedente di Reale Mutua.

Si considerano come unico *sinistro*:

- le controversie giudiziali e stragiudiziali aventi ad oggetto domande originate da fatti tra loro collegati, connessi o conseguenti, anche se promosse da o contro una o più persone;
 - i procedimenti penali giudiziali e stragiudiziali a carico di uno o più *assicurati* e originati dal medesimo evento o fatto.
- In tali ipotesi, le garanzie prestate con questa Sezione operano a favore di tutti gli *assicurati* coinvolti e il relativo massimale, che rimane unico per ciascun *sinistro*, viene equamente ripartito tra gli *assicurati* a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Se alla conclusione del caso *assicurato*, una o più quote o *parti* di esso risultassero non impiegate, le stesse verrebbero redistribuite tra gli *assicurati* che non hanno ricevuto integrale ristoro, pur sempre nel limite del massimale.

18.4 EFFICACIA TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie di questa Sezione operano per i *sinistri* avvenuti nei Paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, sempreché in questi Paesi si trovi l'ufficio giudiziario competente.

Fanno eccezione:

- impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative;
- reclami all'autorità competente in materia di protezione dei dati personali;
- accertamento della responsabilità amministrativa da reato in materia di responsabilità amministrativa delle società e degli enti;

per i quali le garanzie di questa Sezione operano per i soli *sinistri* avvenuti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, sempreché in questi Paesi si trovi l'ufficio giudiziario competente

18.5 MASSIMALE

Le garanzie operano fino ad un massimo di € 20.000,00 per *sinistro* senza limite annuo.

19 CHE COSA NON È ASSICURATO



19.1 RISCHI ESCLUSI

Salvo quanto previsto da specifiche garanzie, questa Sezione non opera per:

- × diritto di famiglia, successioni o donazioni
- × materia fiscale o amministrativa
- × fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive
- × danni nucleari o genetici causati dall'*assicurato*, salvo il caso di *sinistri* conseguenti a trattamenti medici
- × fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme
- × diritti di brevetto, marchio, autore o esclusiva, turbativa d'asta, concorrenza sleale, normativa antitrust
- × fusioni, modificazioni o trasformazioni societarie
- × compravendita di quote societarie, vertenze tra amministratori e/o soci o tra questi e l'associazione *contraente*
- × affitto o cessione d'azienda o di ramo di azienda
- × proprietà, guida o circolazione di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto, aeromobili o di veicoli a motore che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche
- × fatti dolosi degli *assicurati*
- × fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente
- × prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal *contraente* nell'esercizio della sua attività
- × compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare
- × interventi di restauro o risanamento conservativo, ristrutturazione o costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti
- × fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare
- × attività svolta da aziende specializzate in trattamento o smaltimento di rifiuti
- × attività svolta da cooperative o associazioni di consumatori
- × vertenze tra agenzie di somministrazione lavoro e lavoratori somministrati occupati presso *terzi*
- × contratti di agenzia, rappresentanza o mandato
- × esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario
- × adesione ad azioni di classe (class action)
- × difesa penale per abuso di minori

19.2 SPESE ESCLUSE

Reale Mutua non copre le seguenti spese:

- × compensi dell'avvocato determinati tramite palmario e patto di quota lite;
- × compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- × compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- × ogni duplicazione di compensi, nel caso di domiciliazione;
- × spese per l'indennità di trasferta;
- × spese di esecuzione forzata, oltre il secondo tentativo non andato a buon fine e per *sinistro*;
- × spese dell'organismo di mediazione, se il tentativo di mediazione non è obbligatorio;
- × imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle *spese di giustizia*;

- × multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- × spese liquidate a favore delle *parti civili* costituite contro l'*assicurato* nei procedimenti penali;
- × qualsiasi spesa non concordata con ARAG;
- × spese ripetibili e recuperate dalla controparte.

19.3 LIMITI DI COPERTURA

La garanzia opera con i seguenti limiti:

- a) le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio;
- b) nel caso di vertenze fra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del *contraente*;
- c) la garanzia pacchetto sicurezza copre le spese sostenute per l'impugnazione di sanzioni amministrative pecuniarie se pari o superiori a € 250;
- d) se un assicuratore civile assume la gestione della lite per conto dell'*assicurato*, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio.



20. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

20.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di *sinistro*, l'*assicurato* deve:

- a) darne comunicazione con denuncia a Reale Mutua o ad ARAG entro tre giorni da quello in cui il *sinistro* si è verificato o ne abbia avuta conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c., o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione dell'*assicurazione* o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura per il medesimo rischio.
- b) allegare alla denuncia copia dell'*assicurazione* e della quietanza del pagamento che copre il periodo in cui è avvenuto il *sinistro*. La denuncia di un nuovo *sinistro* può avvenire a mezzo email trasmessa all'indirizzo di posta elettronica denunce@arag.it.
- c) comunicare a Reale Mutua o ad ARAG, in modo completo e veritiero, tutti i particolari del *sinistro* e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre *assicurazioni* a copertura del medesimo rischio. Tutte le comunicazioni e l'invio di documentazione relative al *sinistro* possono essere trasmesse all'indirizzo di posta elettronica sinistri@ARAG.it.

In mancanza di rispetto degli obblighi di cui ai punti precedenti, Reale Mutua o ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *sinistro*, né di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

L'*assicurato* ha l'obbligo di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela legale.

Nella fase di gestione del *sinistro* l'*assicurato* ha l'obbligo di restituire tutte le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG:

- se ha diritto di recuperarle dalla controparte;
- nei delitti dolosi: se la sentenza definitiva è diversa da assoluzione o derubricazione del reato da doloso a colposo oppure se dopo il provvedimento di archiviazione il giudizio è riaperto e viene emessa una sentenza diversa da quella di assoluzione o di derubricazione del reato da doloso a colposo.

20.2 GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del *sinistro*, ARAG verifica l'efficacia della copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'*assicurato*.

- FASE STRAGIUDIZIALE

ARAG, tramite professionisti da essa scelti, assume la gestione della controversia in sede stragiudiziale, compiendo ogni azione intesa al raggiungimento dell'accordo tra le parti. Se il tentativo in via stragiudiziale non va a buon fine, ARAG autorizza il procedimento giudiziale.

- FASE GIUDIZIALE

Per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'*assicurato* ha l'obbligo di fornire.

Per la fase giudiziale l'*assicurato* ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'*assicurato* conferisce direttamente l'incarico all'avvocato o al perito, che opera nel suo interesse, e ARAG non è responsabile del loro operato.

Sono coperte, solo se preventivamente autorizzate da ARAG, le spese per il compenso professionale dell'avvocato, per la redazione della *transazione* e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte.

ARAG può pagare direttamente al professionista i compensi dovuti. Il pagamento avviene in esecuzione dell'*assicurazione* e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'*assicurato* paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

ARAG, previa valutazione della congruità dell'importo richiesto, provvede al pagamento delle spese coperte dall'*assicurazione* entro il termine di 30 (trenta) giorni.

20.3 I DIRITTI DI RIVALSA E DI SURROGAZIONE

Spettano integralmente all'*assicurato* i risarcimenti ottenuti e, in genere, le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale e interessi.

ARAG ha diritto di rivalsa, nei confronti dell'*assicurato*, per il rimborso delle somme anticipate e relative ad onorari, competenze e spese liquidate in sede giudiziaria o concordate in via transattiva o stragiudiziale, nella misura in cui queste siano state recuperate dalla controparte.

In ogni caso, ai sensi dell'art. 1916 del Codice civile "Diritto di surrogazione dell'assicuratore", ARAG ha diritto di sostituirsi all'*assicurato* nei suoi diritti verso i *terzi* per il rimborso delle spese sostenute a qualsiasi titolo, potendo altresì esercitare le relative azioni.

20.4 DISACCORDO IN MERITO ALLA GESTIONE DEL SINISTRO E CONFLITTO DI INTERESSI

In caso di disaccordo in merito alla gestione del *sinistro*, le *parti* possono affidare la decisione ad un arbitro scelto di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di procedura civile. In via alternativa, le *parti* possono adire l'autorità giudiziaria, previo tentativo di mediazione.

A prescindere dall'esito dell'arbitrato, le spese arbitrali sono per metà a carico di ARAG e per l'altra metà a carico dell'*assicurato*.

In caso di conflitto di interesse con ARAG, l'*assicurato* ha diritto di scegliere il proprio avvocato.

SEZIONE ASSISTENZA

All'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate.

Per poterne usufruire l'assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO

Numero Verde
800-776 421

+39 011 741 71 84

- posta elettronica: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di *polizza*
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

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

21. CHE COSA È ASSICURATO



21.1 ASSISTENZA

21.1.1 PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni *infortunio* o *malattia* e con un massimo di tre volte per ciascun *assicurato* ed anno *assicurativo* e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

✓ Consigli medici telefonici

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.** Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

✓ Prenotazione di visite ed esami

Qualora l'assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni

presso le **strutture sanitarie** convenzionate. La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'*assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami

✓ Assistenza domiciliare integrata

Qualora l'*assicurato*, a seguito di ricovero per *infortunio* o malattia di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la **Centrale Operativa**, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 10 uscite presso la *residenza*;
- un operatore sociosanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 60 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'*assicurato* e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 4 settimane presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'*assicurazione*, se attivata a seguito di *malattia*.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente, attestante la non autosufficienza, intesa come l'impossibilità di effettuare, senza l'assistenza di un terzo, gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi);

✓ Invio di un medico generico o di un'ambulanza

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

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la **Centrale Operativa** sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'*assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

✓ Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti al domicilio

Qualora l'*assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia* certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami culturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno possa fornirgli un aiuto concreto, la **Centrale Operativa**, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'*assicurato*, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'*assicurato* stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'*assicurato*, la **Centrale Operativa** provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'*assicurato*, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autoveettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'*assicurato* il costo degli esami.

✓ Invio di un infermiere

Qualora l'*assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o malattia per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, un'assistenza infermieristica presso la propria *residenza*, la **Centrale Operativa** provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

✓ Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora l'*assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature

medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'assicurato stesso.

✓ **Consegna farmaci al domicilio**

Qualora l'assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto certificata da prescrizione medica - la Centrale Operativa per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

L'assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

A carico dell'assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ **Trasferimento in strutture sanitarie specializzate**

Qualora l'assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata, anche al di fuori della regione di residenza, per essere ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- a) individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata in Italia;
- b) organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- c) trasferire l'assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

21.1.2 PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite con un massimo di 3 volte per ciascun assicurato ed anno assicurativo e operano in viaggio ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

✓ **Interprete a disposizione all'estero**

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

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

✓ Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'*assicurato*, nel corso di un *viaggio*, debba sostenere spese impreviste a seguito di *malattia* o di *infortunio*, la *Centrale Operativa* provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione fino alla concorrenza di € 1.500 per *sinistro*.

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'*assicurato* deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla *Centrale Operativa*, per la restituzione dell'anticipo.

Al rientro alla propria *residenza* l'*assicurato* è tenuto a rimborsare alla *Centrale Operativa* la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.

✓ Invio farmaci all'estero

Qualora una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'*assicurato* dal medico curante sia in-trovabile sul posto, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia concordino che le specialità ivi reperibili non siano equivalenti, provvede ad inviare all'*assicurato* i medicinali, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

L'*assicurato* deve inviare preventivamente alla *Centrale Operativa* copia della prescrizione rilasciata dal medico curante. Il costo dei medicinali è a carico dell'*assicurato*, il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a rimborsare l'importo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.

✓ Prolungamento del soggiorno

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

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

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

✓ Viaggio di un familiare con soggiorno

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

- mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo; si precisa che tale prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro* e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

✓ Rientro anticipato

Qualora, nel corso di un viaggio dell'*assicurato*, deceda o sia ricoverato un suo familiare (coniuge/convivente, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la *Centrale Operativa* provvede a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dov'è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per raggiungere il luogo di *ricovero* del familiare.

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

✓ Rientro sanitario

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di *malattia* o *infortunio*, vi sia la necessità di trasferire l'*assicurato* presso la sua *residenza* o in una *struttura sanitaria* prossima alla sua *residenza* idonea a garantirgli cure specifiche, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto ritengono più idonei alle sue condizioni tra:

- A. aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - B. aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - C. treno/ vagone letto (prima classe);
 - D. autoambulanza;
 - E. altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante con i costi a carico di Reale Mutua, fino ad un importo massimo di € 25.000 per sinistro purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

✓ Rientro del convalescente

Qualora nel corso di un viaggio l'assicurato, convalescente a seguito di un ricovero certificato da cartella clinica di dimissioni e durante la convalescenza, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

✓ Rientro funerario

Qualora l'assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

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

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



22. CHE COSA NON È ASSICURATO

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni (le persone che raggiungono tale limite di età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

Reale Mutua non eroga le prestazioni qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

- stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dell'assicurato;
- malattie, infortuni e/o disturbi in atto al momento della partenza e/o della decorrenza della polizza, e noti all'assicurato;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci ubriachezza accertata;
- infortuni derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;
- infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

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



23. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

23.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- A. fornire ogni informazione in particolare comunicando il numero di polizza e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;
- B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- C. produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Reale Mutua ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

23.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*assicurato* o per negligenza di questi. Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

23.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

Reale Mutua ha diritto di richiedere all'*assicurato* o chi per esso l'eventuale biglietto di *viaggio* non utilizzato, nel caso in cui la *Centrale Operativa* abbia provveduto al suo rientro.

23.4 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle *condizioni di assicurazione*

NORME RICHIAMATE NELL'ASSICURAZIONE

ART. 1469 BIS C.C. CONTRATTI DEL CONSUMATORE

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

ART. 1892 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 C.C. ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

ART. 1897 C.C. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898. C.C AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901 C.C. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 C.C. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913 C.C. AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

ART. 1915 C.C. INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916 C.C. DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952. C.C. PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

ART. 60. C.C. ALTRI CASI DI DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

ART. 62. C.C. CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

APPENDICE 1 - SEZIONE INFORTUNI – TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30.6.1965, N. 1124)

(operante solo se esplicitamente richiamata nel *modulo di polizza*)

Descrizione Percentuali	DX	SX
– Sordità completa di un orecchio		15%
– Sordità completa bilaterale		60%
– Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
– Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%

Altre menomazioni della facoltà visiva: vedasi la tabella seguente

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

Note

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

– con visus corretto di	10/10, 9/10, 8/10	15%
– con visus corretto di	7/10	18%
– con visus corretto di	6/10	21%
– con visus corretto di	5/10	24%
– con visus corretto di	4/10	28%
– con visus corretto di	3/10	32%
– con visus corretto inferiore a	3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Descrizione Percentuali	DX	SX
– Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
– Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
– Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
– Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
– Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
– Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
– Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
– Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
– Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
– Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
– Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
– Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
– Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
– Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
– Perdita totale del pollice	28%	23%
– Perdita totale dell'indice	15%	13%
– Perdita totale del medio	12%	
– Perdita totale dell'anulare	8%	
– Perdita totale del mignolo	12%	
– Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
– Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
– Perdita della falange ungueale del medio	5%	
– Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
– Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
– Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
– Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
– Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
– Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
– Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
– Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
– Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%

Descrizione Percentuali	DX	SX
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
– Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
– Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
– Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
– Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
– Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
– Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
– Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
– Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
– Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
– Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
– Perdita totale del solo alluce	7%	
– Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
– Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
– Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
– Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della *somma assicurata per invalidità permanente* totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun *indennizzo*.

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

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

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro *parti* comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

APPENDICE 2 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ SEZIONE *MALATTIE*



Esempio di incremento del premio per età garanzia *invalidità Permanente da Malattia*

- Età alla stipula dell'assicurazione: 35 anni
- Premio dovuto alla stipula dell'assicurazione: € 150
- Età al rinnovo: 36 anni
- Premio dovuto al rinnovo: € 155,25. Infatti, l'incremento per età del 36enne è pari a 3,5%.

Età	Diaria per <i>Ricovero Completa</i>	Diaria Post <i>Ricovero Completa</i>	Diaria per <i>Inabilità Temporanea da malattia</i>	<i>Invalidità Permanente da malattia</i>
1	-	-	-	-
2	2,70%	2,70%	0,88%	-
3	2,63%	2,63%	0,65%	-
4	2,56%	2,56%	0,65%	-
5	2,50%	2,50%	0,86%	-
6	2,44%	2,44%	0,64%	-
7	2,38%	2,38%	0,85%	-
8	2,33%	2,33%	0,84%	-
9	2,27%	2,27%	0,63%	-
10	4,44%	4,44%	0,83%	-
11	2,13%	2,13%	0,62%	-
12	2,08%	2,08%	0,82%	-
13	2,04%	2,04%	0,81%	-
14	2,00%	2,00%	0,80%	-
15	3,92%	3,92%	0,60%	-
16	1,89%	1,89%	0,79%	-
17	1,85%	1,85%	0,79%	-
18	3,64%	3,64%	0,78%	3,39%
19	1,75%	1,75%	0,77%	3,28%
20	3,45%	3,45%	0,77%	3,17%
21	1,67%	1,67%	0,76%	3,08%
22	3,28%	3,28%	0,76%	2,99%
23	1,59%	1,59%	0,56%	2,90%
24	3,13%	3,13%	0,93%	2,82%
25	1,52%	1,52%	0,74%	2,74%
26	2,99%	2,99%	0,73%	4,00%
27	2,90%	2,90%	0,73%	2,56%
28	2,82%	2,82%	0,72%	2,50%

Età	Diaria per Ricovero Completa	Diaria Post Ricovero Completa	Diaria per Inabilità Temporanea da malattia	Invalidità Permanente da malattia
29	1,37%	1,37%	0,72%	3,66%
30	2,70%	2,70%	0,71%	2,35%
31	2,63%	2,63%	0,88%	3,45%
32	2,56%	2,56%	0,70%	2,22%
33	2,50%	2,50%	0,70%	3,26%
34	2,44%	2,44%	0,69%	3,16%
35	2,38%	2,38%	0,86%	3,06%
36	2,33%	2,33%	0,68%	3,96%
37	3,41%	3,41%	0,85%	2,86%
38	2,20%	2,20%	0,67%	3,70%
39	2,15%	2,15%	0,83%	4,46%
40	3,16%	3,16%	0,66%	2,56%
41	2,04%	2,04%	0,82%	5,83%
42	3,00%	3,00%	0,65%	4,72%
43	1,94%	1,94%	0,81%	4,51%
44	2,86%	2,86%	0,80%	5,04%
45	1,85%	1,85%	0,64%	5,48%
46	2,73%	2,73%	0,79%	5,19%
47	2,65%	2,65%	0,78%	4,32%
48	2,59%	2,59%	0,78%	5,33%
49	2,52%	2,52%	0,77%	5,06%
50	3,28%	3,28%	0,61%	4,81%
51	3,97%	3,97%	0,76%	5,10%
52	3,05%	3,05%	0,76%	4,85%
53	3,70%	3,70%	0,75%	5,09%
54	3,57%	3,57%	0,75%	5,29%
55	3,45%	3,45%	0,74%	4,60%
56	3,33%	3,33%	0,73%	5,20%
57	3,23%	3,23%	0,87%	4,94%
58	3,75%	3,75%	0,72%	5,07%
59	3,61%	3,61%	0,72%	4,83%
60	3,49%	3,49%	0,71%	5,92%
61	3,37%	3,37%	0,85%	5,90%
62	3,80%	3,80%	0,70%	6,16%
63	3,14%	3,14%	0,70%	6,08%
64	3,55%	3,55%	0,83%	5,99%
65	3,43%	3,43%	0,69%	5,90%
66	3,79%	3,79%	0,82%	6,03%
67	3,20%	3,20%	0,68%	6,13%

Età	Diaria per <i>Ricovero</i> Completa	Diaria Post <i>Ricovero</i> Completa	Diaria per <i>Inabilità Temporanea</i> da malattia	<i>Inabilità Permanente</i> da malattia
68	3,54%	3,54%		
69	3,42%	3,42%		
70	3,72%	3,72%		
71	3,59%			
72	3,46%			
73	3,35%			
74	3,60%			
75	3,47%			

NOTE

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

Assistenza

800 776 421

24 ore su 24
7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5275 INF



REALE GROUP

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it
www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo di Reale Group, iscritto al N. 006 dell'Albo delle società capogruppo.



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