



Sistema Salute

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA
DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA

Il presente Set Informativo, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

 **REALE
MUTUA**

Sistema Salute

Assicurazione Malattie

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



GLOSSARIO	Pag. 4
CONDIZIONI GENERALI	Pag. 6
FORMA DI GARANZIA INDENNITARIA	Pag. 8
FORMA DI GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	Pag. 10
COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	Pag. 12
APPENDICE 1 - INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA	Pag. 14
APPENDICE 2 - ELENCO GRAVI MALATTIE	Pag. 19
APPENDICE 3 - TABELLA I.N.A.I.L.	Pag. 20

GLOSSARIO

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in *corsivo*. I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale delle *strutture sanitarie* o a domicilio da infermieri in possesso di specifico diploma.

CAPITALE ASSICURATO

Importo indicato sul *modulo di polizza* per il caso di *Invalidità Permanente* totale.

CARENZA

Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

CONTRAENTE

Chi stipula l'assicurazione.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

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

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

GESSATURA

Applicazione di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica. I coattori di Hoffman, i metodi di contenzione Ilizarov, F.E.A. (fissatore esterno assiale) e analoghi coattori esterni sono considerati *gessatura*. È considerata applicazione di *gessatura* anche la terapia di fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Ente Ospedaliero Pubblico.

GRAVI MALATTIE

Le *malattie* indicate di cui all'appendice n° 2.

INDENNIZZO

Quanto dovuto da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.

Sono considerati *interventi chirurgici* anche la litotripsia, la riduzione incruenta di fratture seguita da *gessatura* e gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio* purché comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico.

INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

Gli *interventi chirurgici* elencati all'appendice n° 1.



INVALIDITÀ PERMANENTE

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'*Assicurato* a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA

Ogni alterazione obiettivamente riscontrabile 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 stata diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

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 assicurato, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

POLIZZA

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

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital/day surgery*.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURE SANITARIE

Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, *day hospital/day surgery*, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiokinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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

CONDIZIONI GENERALI

1.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di **carenza previsti per ciascuna forma di garanzia**, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

1.2 DURATA DELLA POLIZZA

Qualora nella casella "tacito rinnovo" del *modulo di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.

1.3 CHI NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

1.4 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non presta le garanzie previste in *polizza* per:

- a) conseguenze, ricadute o recidive di **malattie diagnostiche o infortuni** occorsi, prima dell'effetto dell'assicurazione;
- b) **malformazioni o difetti fisici** preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- c) patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- d) prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- e) infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- f) sieropositività da virus H.I.V.;
- g) abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- h) **infortuni** derivanti da:
 1. pratica di sports aerei in genere, partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e relative prove;
 2. stato di ubriachezza;
- i) le conseguenze di:
 1. atti dolosi compiuti o tentati dall'**Assicurato**;
 2. atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 3. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di **particelle atomiche**, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 4. **guerre ed insurrezioni**;
 5. movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche che si verificano entro i confini italiani;Inoltre, specificamente per la garanzia **Invalidità Permanente**, sono escluse le invalidità:
- j) preesistenti alla decorrenza della garanzia nei confronti del singolo **Assicurato**;
- k) determinate da **malattie** conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione;
- l) determinate da **infortunio**;



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

1.5 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, il contratto è indicizzato e pertanto si adegua secondo le variazioni dell'indice Spese Mediche, rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
- al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *polizza*, o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;

si conviene che:

i valori, i limiti delle prestazioni espressi in euro (comprese le *franchigie*) ed il premio di *polizza* saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento". Le Parti potranno rinunciare all'applicazione della presente clausola mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del premio. In caso di rinuncia all'indicizzazione l'assicurazione continua ad essere in vigore con il premio, i valori ed i limiti delle prestazioni raggiunti alla scadenza dell'annualità in corso.

1.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

FORMA DI GARANZIA INDENNITARIA

2.1 STATI PATOLOGICI PREESISTENTI

Reale Mutua rinuncia, al momento della stipulazione della *polizza*, a richiedere all'*Assicurato* dichiarazioni relative al suo stato di salute.

La garanzia è comunque operante esclusivamente per le *malattie* diagnosticate e/o gli *infortuni* occorsi dopo l'effetto dell'assicurazione di cui al punto 1.1.

2.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA – CARENZE

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le neoplasie maligne;
- c) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre *malattie*;
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

In caso di *ricovero* o di inabilità verificatisi durante la *carenza*, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* loro connesso, anche se il *ricovero* o l'inabilità siano proseguiti oltre il periodo di *carenza* stesso.

2.3 COSA ASSICURIAMO

A DIARIA DA RICOVERO

Reale Mutua corrisponde la somma indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio*, *malattia*, donazione organi, parto cesareo e naturale **per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo e per Assicurato**.

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

La diaria è raddoppiata **dal primo giorno** in caso di *ricovero* di almeno 30 pernottamenti consecutivi.

B DIARIA PER GRANDI PATOLOGIE

Reale Mutua corrisponde la somma indicata nel *modulo di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, che dia luogo a:

- un *intervento di alta chirurgia*, elencato nell'appendice n° 1;
- una *Grave Malattia*, indicata nell'appendice n° 2.

La diaria è corrisposta **per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo e per Assicurato**.

Se la presente garanzia è assicurata in aggiunta alla garanzia di cui al punto 2.3 A, le prestazioni si cumulano.

C DIARIE PER CONVALESCENZA POST-RICOVERO

(Le garanzie di cui ai punti 2.3 C1 – C2 **sono alternative fra loro e operano a condizione che la convalescenza si riferisca alla patologia che è stata oggetto del ricovero**)

1) Diaria per convalescenza post-ricovero con certificazione medica

Reale Mutua corrisponde la somma indicata nel *modulo di polizza* **in caso di convalescenza prescritta dal medico curante** in conseguenza di *ricovero* reso necessario da:

- *infortunio*, *malattia*, donazione organi, parto cesareo e naturale a condizione che il *ricovero* **non sia inferiore a 3 giorni consecutivi**;
- *intervento di alta chirurgia* (appendice n° 1), *Grave Malattia* (appendice n° 2), *infortunio* che comporti *gessatura*, **indipendentemente dalla durata del ricovero**.

A seguito di riduzione incruenta di frattura seguita da gessatura, Reale Mutua riconosce, in caso di inabilità totale, un indennizzo forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.



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

La diaria è corrisposta per il periodo di inabilità totale dell'Assicurato, con il massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'inabilità totale 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 **non cumula** con la Diaria per inabilità totale prevista al punto 2.3 D.

2) Diaria per convalescenza post-ricovero – formula standard

A partire dal giorno successivo a quello di dimissione, Reale Mutua corrisponde la somma indicata nel *modulo di polizza* per un numero di giorni **pari a due volte quelli di ricovero**.

A seguito di riduzione incruenta di frattura seguita da gessatura, Reale Mutua corrisponde la somma assicurata per un massimo di 90 giorni per sinistro dietro presentazione di certificazione medica attestante la prognosi.

La presente garanzia **cumula** con la Diaria per inabilità totale prevista al punto 2.3 D.

D DIARIA PER INABILITÀ TOTALE

(Garanzia valida a condizione che l'Assicurato svolga un'attività di lavoro non alle dipendenze di terzi)

Reale Mutua corrisponde la diaria indicata nel *modulo di polizza* per ogni giorno di *malattia* che impedisca all'Assicurato di svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative.

La diaria è corrisposta a partire dall'11° giorno di malattia, regolarmente denunciata e documentata con certificazione medica, per un massimo di **50 giorni** consecutivi per ogni *malattia*.

In caso di più *sinistri* dovuti ad inabilità totale per *malattia*, Reale Mutua corrisponde la diaria per un massimo di **120 giorni per ogni anno assicurativo**.

La diaria non viene corrisposta per le *malattie* della gravidanza e del puerperio e neppure per il parto.

La presente garanzia **non cumula** con la Diaria per convalescenza post-ricovero con certificazione medica prevista al punto 2.3 C1.

2.4 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

A CARENZE

Qualora la *polizza* sia emessa - senza interruzione di garanzia - in sostituzione di *polizza* in essere con Reale Mutua o in seguito a variazioni intervenute nel corso del contratto, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di *carezza* operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

B PATOLOGIE PREGRESSE

Qualora la *polizza* sia emessa - senza interruzione di garanzia - in sostituzione di *polizza* in essere con Reale Mutua o in seguito a variazioni intervenute nel corso del contratto, relativamente agli stessi *Assicurati*, le patologie pregresse diagnosticate e/o liquidate sui precedenti contratti sono assicurate, fino alla scadenza contrattuale della *polizza* sostituita, in base alle somme previste da quest'ultima, ma solo per le garanzie prestate anche sulla nuova *polizza*.

La liquidazione degli *indennizzi* avverrà secondo le modalità previste dalla presente *polizza*.

Quanto sopra non opera in caso di specifica regolamentazione prevista in *polizza*.

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

FORMA DI GARANZIA *INVALIDITÀ PERMANENTE*

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario Mod. 5012 MAL, che forma parte integrante della *polizza*.

È necessario che l'*Assicurato* risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal questionario sanitario, in quanto l'assicurazione è prestata in base a tali dichiarazioni.

3.1 COSA ASSICURIAMO

In caso di *invalidità permanente* che:

- sia determinata da *malattia* conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- si verifichi non oltre un anno dalla scadenza del contratto;

Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza del *capitale assicurato*, secondo i criteri stabiliti dal punto 3.1 B.

A VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ

Il grado di *invalidità permanente* è accertato, non prima che sia decorso un anno dalla denuncia, facendo riferimento alla Tabella riportata nell'Appendice n° 3.

Nei casi di *invalidità permanente* non previsti dalla suddetta tabella la valutazione è concordata tra il Medico dell'*Assicurato* e il Consulente Medico di Reale Mutua che terranno 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.

L'assicurazione nei confronti del singolo *Assicurato* cessa automaticamente nel momento in cui Reale Mutua ha liquidato l'intero *capitale assicurato*. L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

B CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua valuta il grado di *invalidità permanente* derivante direttamente ed esclusivamente dalla *malattia* denunciata come se 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*.

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.

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.

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



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

C LIQUIDAZIONE DELL'*INDENNIZZO*

1) Fermo quanto previsto al punto 3.1 – Cosa assicuriamo, si conviene che:

- a) **se l'*invalidità permanente* accertata è inferiore al 25% della totale nessun *indennizzo* spetta all'*Assicurato*;**
- b) **i casi di *invalidità permanente* accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un *indennizzo* calcolato applicando al *capitale assicurato* la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata:**

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 e oltre	100
64	67		

2) 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:

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

Se l'*Assicurato* muore prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in *polizza*, 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 ai punti 3.1 e 4.2, 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*.

3.2 RENDITA VITALIZIA

Se la *malattia* determina una *invalidità permanente* accertata **pari o maggiore del 75%** della totale, Reale Mutua – mediante una *polizza* Vita – assicura il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo indicato sul *modulo di polizza*. L'effetto della *polizza* Vita è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita, sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della *polizza* Vita. **La rendita sarà corrisposta fintanto che l'*Assicurato* sarà in vita.**



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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

4.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto ai punti 2.2 per le garanzie indennitarie e 3.1 per la garanzia *Invalidità permanente*, per "data sinistro" si intende:

- per la **Diaria ricovero**, il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- relativamente alla **Diaria per inabilità totale, in assenza di ricovero o intervento chirurgico**, il giorno in cui viene presentata la denuncia con la relativa certificazione medica;
- per l'**Invalidità permanente**, il giorno in cui è stata denunciata la *malattia*.

4.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto all'Agenzia, alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede di Reale Mutua nel più breve tempo possibile.

La denuncia deve essere corredata da cartella clinica completa in caso di ricovero, dalla certificazione medica sulla natura dell'infermità o delle lesioni con relative diagnosi e prognosi;

In particolare:

- **Per le garanzie Diaria per convalescenza post-ricovero con prescrizione medica**, di cui al punto 2.3 C1 e **Diaria per Inabilità totale** di cui al punto 2.3 D, i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'*indennizzo* viene effettuata considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore;

- **Per la garanzia Invalidità Permanente**

L'Assicurato deve effettuare la denuncia, corredata dalla certificazione medica sulla natura dell'infermità, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la *malattia* possa comportare una *invalidità permanente* tale da determinare l'attivazione della garanzia.

L'Assicurato deve inoltre:

- **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;**
- **presentare trascorsi 180 giorni dalla data di certificazione della guarigione clinica e comunque non prima che sia decorso un anno dalla denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.**

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste da Reale Mutua sono a carico dell'Assicurato.

In ogni caso l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:

- **consentire ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo 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 hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.**

4.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la documentazione necessaria e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.



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

4.4 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e s.m.i.:

A mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

B mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista alla lettera A del presente articolo, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

4.5 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della *malattia* o dell'*infortunio*.

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

APPENDICE N. 1 - *INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA*

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago- bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con autotrapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofago-colonoplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso, per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con rimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

PERITONEO

- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali

STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica



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

COLON - RETTO

- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi bilio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) interventi di devascularizzazione
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica
 - transezione esofagea per via addominale
 - deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofageo-gastrica

PANCREAS - MILZA - SURRENE

- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico



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

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcateretere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti



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

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotrixxia percutanea (PVL)
- Litotrixxia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomia per via laparoscopica



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

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Cerchiaggio per distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto ed espianto di organi
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).



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

APPENDICE N. 2 - ELENCO *GRAVI MALATTIE*

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno.

La diagnosi deve essere basata su e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

CORONAROPATIA

che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche.

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzate alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata su e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

(colpo apoplettico)

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata su e dimostrata da evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

INFARTO DEL MIOCARDIO

(attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata su e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace;
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) diagnosticata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

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

APPENDICE N. 3 - TABELLE DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI *INVALIDITÀ PERMANENTE*

(TABELLA INAIL)

(Allegato n. 1 al D.P.R. 30-6-1965 n. 1124)

Descrizione

	Percentuali	
	Dx.	Sx.
▪ Sordità completa di un orecchio		15%
▪ Sordità completa bilaterale		60%
▪ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
▪ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%

Altre menomazioni della facoltà visiva, vedasi la tabella di valutazione seguente:

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

Note

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

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



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

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%	
▪ 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 un 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%	
▪ 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 del 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%

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

Descrizione	Percentuali	
	Dx.	Sx.
▪ 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 ultime due falangi dell'indice	11%	9%
▪ Perdita delle ultime due falangi del medio		8%
▪ Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%
▪ Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
▪ 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%
▪ 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%

In aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al DPR 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. **Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per il sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.**





**BUONGIORNO
— REALE —
800-320320**

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongionnoreale@realemutua.it

Informazioni, assistenza e segnalazioni.



Mod. 5061 MAL



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 43111111 - 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 del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.