



Semplicemente IPM

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PERDITA
DELL'INTEGRITÀ FISICA A SEGUITO DI MALATTIA.

Il presente SET INFORMATIVO, composto da:

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

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

TOGETHER MORE

SEMPLICEMENTE I.P.M.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Modello INF54233 - Ed. 01/2019



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

GLOSSARIO	Pag. 3
CONDIZIONI GENERALI	Pag. 4
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	Pag. 5
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	Pag. 8
TABELLE INAIL	Pag. 9

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

GLOSSARIO

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

ASSICURATO

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

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CAPITALE ASSICURATO

L'importo indicato sulla Proposta modello INF54231 e sul Certificato di Assicurazione modello INF54232.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Documento che riporta i dati della Proposta di Assicurazione e la firma della Società (Modello INF54232).

CONTRAENTE

La persona che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA

Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

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

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

PROPOSTA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione del Contraente (Modello INF54231).

SINISTRO

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

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.



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

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1.1 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta modello INF54231 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società.

ART. 1.2 - PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Il presente documento modello INF54233, il Certificato di Assicurazione modello INF54232 e la Proposta di Assicurazione modello INF54231 sono i documenti che costituiscono le prove delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto sottoscritto.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 1.3 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni.

Nel caso in cui il contratto abbia come Contraente una "Persona Fisica", la Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni, qualora le somme assicurate con altri contratti stipulati dallo stesso Assicurato, superino complessivamente il 50% di quelle garantite con il presente contratto.

In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 1.4 - ONERI FISCALI

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

ART. 1.5 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.6 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale indicata nella Proposta modello INF54231, senza necessità di disdetta. In caso di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 2.1 - RISCHIO ASSICURATO

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;

la Società assicura il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza del capitale assicurato secondo i criteri stabiliti dall'Art. 2.6.

ART. 2.2 - MASSIMO INDENNIZZO

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.

Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato.

ART. 2.3 - VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società 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 in un periodo compreso fra i 6 mesi e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e della certificazione medica attestabile il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata e applicando la tabella riportata nell'Appendice 1 (allegato 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/6/65 Tabelle INAIL).

Nei casi di invalidità permanente non previsti dalle suddette tabelle la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società 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 della Società, 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.

ART. 2.4 - LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società.



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

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

ART. 2.5 - ESCLUSIONI

La Società rinuncia, al momento della stipulazione del contratto, a richiedere all'Assicurato dichiarazioni relative al suo stato di salute, comunque la garanzia non vale per le invalidità permanenti:

- preesistenti alla stipulazione del contratto;
- determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.

L'assicurazione non comprende inoltre le invalidità permanenti conseguenti a:

- 1) abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- 2) patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;
- 3) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 4) sieropositività da virus H.I.V.;
- 5) malattie professionali elencate nel D.P.R. 13.04.1994 n. 336;
- 6) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale;
- 7) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- 8) guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ART. 2.6 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

1) Fermo restando quanto previsto dagli articoli 2.1 e 2.3 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 superiori 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 - per cause indipendenti dalla malattia denunciata - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

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

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

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalla malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 2.3 "Valutazione del grado di Invalidità Permanente" e 3.1 "Denuncia" 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.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 3.1 - DENUNCIA

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare la malattia all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, entro 30 giorni da **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.

Con la denuncia deve essere fornita la certificazione medica sulla natura delle infermità.

ART. 3.2 - DOCUMENTAZIONE MEDICA

L'Assicurato deve:

- **inviare periodicamente** alla Società **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;
- **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato;
- **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati;
- **fornire** alla Società **certificato di guarigione clinica** od equivalente dichiarazione;
- **presentare**, trascorsi 180 giorni **ma non oltre 18 mesi dalla data della denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente** direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata. **Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

ART. 3.3 - DATA DEL SINISTRO

Data del sinistro è il giorno in cui è stata denunciata la malattia secondo quanto previsto dall'Art. 3.1.

ART. 3.4 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società, ricevuta la documentazione indicata all'Art. 3.2 e compiuti gli accertamenti del caso come da Art. 2.3, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

ART. 3.5 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse 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 Medico risiede nel Comune, che sia sede di Istituto Universitario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3.6 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dalle Condizioni che regolano la denuncia, la liquidazione dei sinistri e le Controversie - il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnato il contratto.

ART. 3.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.



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

APPENDICE N. 1

TABELLE DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (TABELLE INAIL)

(Allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965)

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)		

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:

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) 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.



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 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 limitazioni dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista l'immobilità della scapola	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



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

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	DX	SX
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 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	
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchoriosi 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
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchoriosi 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 D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzabile 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 l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.



BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. INF54233



REALE GROUP

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

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