



Contratto di Assicurazione

DIARIA DA RICOVERO ²⁰

Il presente Fascicolo informativo contenente:

(a) la Nota informativa, comprensiva del Glossario;

(b) le Condizioni Generali di Assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione Diaria da ricovero 2U

ai sensi dell'art. 185 del D.Lgs. 07.09.2005 n. 209
e dell'art. 33 del Reg. ISVAP 26/05/2010 n. 35

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il contratto è concluso con la sede legale dell'Istituto Trentino Alto Adige per Assicurazioni o, più brevemente, ITAS Mutua, sita in Trento - Italia - Piazza delle Donne Lavoratrici 2.

Telefono 0461.891711

www.gruppoitas.it

e-mail: itas.direzione@gruppoitas.it

ITAS Mutua è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29 aprile 1923, n. 966, è iscritta all'albo ISVAP delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00008 e fa parte del Gruppo ITAS Assicurazioni, iscritto al n. 010 dell'apposito albo IVASS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 280 milioni di euro, di cui 91 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 179 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità è di 3,72 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza: il contratto prevede il **tacito rinnovo**. Per quanto attiene alle **modalità di disdetta** della copertura assicurativa, si fa presente che:

- la disdetta andrà inviata a mezzo raccomandata alla Compagnia almeno 30 giorni prima della naturale scadenza della Polizza medesima;
- in mancanza di disdetta, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un anno e così successivamente;

Si fa in ogni caso presente che il contratto, in mancanza di disdetta, verrà tacitamente rinnovato.

Per ulteriori informazioni circa le modalità di disdetta, si rinvia all'Articolo 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per un costante aggiornamento in merito a eventuali variazioni delle informazioni contenute nel presente fascicolo informativo non dipendenti da innovazioni normative, si fa espresso rinvio al sito internet della Compagnia (www.gruppoitas.it)

3. Copertura assicurativa offerta

Indennità da ricovero per infortunio, malattia o parto - La Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di **ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura**, reso necessario da **infortunio, malattia o parto**.

L'indennità viene corrisposta per un **periodo massimo di 250 giorni**, anche non consecutivi, per ogni ricovero e per anno

assicurativo. Per ulteriori dettagli circa la copertura assicurativa offerta, si rinvia all'Articolo A.I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Compagnia corrisponde - a seguito di ricovero che abbia determinato **almeno 3 pernottamenti** - un'indennità di convalescenza post ricovero supplementare per un numero di giorni pari a quello del ricovero con il massimo di 15 giorni, pari al 75% di quella garantita in caso di ricovero. In caso di ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, che abbia determinato **almeno 20 pernottamenti consecutivi**, la Compagnia corrisponde l'indennità assicurata maggiorata del 50% a decorrere dal 21° pernottamento e per tutta la durata residua del ricovero.

La Compagnia corrisponde un'indennità, pari al 50% di quella garantita in caso di ricovero, anche nei casi di day hospital quando questo si protragga per **almeno 2 giorni anche non consecutivi**, sino ad un massimo di 15 giorni per sinistro e per anno assicurativo a condizione che abbia riguardato prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche conseguenti ad infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- **del giorno di decorrenza** della garanzia per i ricoveri dovuti ad infortunio;
- **del 30° giorno successivo** a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia;
- **del 300° giorno successivo** a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a parto, a malattie dipendenti da gravidanza o puerperio nonché per i ricoveri che siano conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, purché dichiarate.

Qualora la presente polizza operi in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analoga, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Avvertenza: la copertura assicurativa prevede delle specifiche ipotesi di **esclusione di validità**.

Si segnalano le seguenti, a titolo esemplificativo, rimandando poi, per ulteriori informazioni circa le esclusioni sulla copertura

assicurativa, all'Articolo A.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Non sono indennizzabili i ricoveri e i day hospital:

- che siano conseguenza diretta di **situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e/o successive variazioni**, già note in quel momento all'Assicurato e da Lui sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- per la cura delle **malattie mentali e dei disturbi psichici in genere**, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per **interruzione volontaria della gravidanza**;
- per la **cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e di psicofarmaci od uso di stupefacenti ed allucinogeni**;

Sono altresì esclusi i ricoveri e i day hospital che siano conseguenza di infortuni occorsi:

- nell'esercizio di **sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore**;
- durante lo svolgimento delle **seguenti attività professionali**:
 - membro delle Autorità di Polizia o municipale, delle Forze Armate, della Guardia di Finanza, degli Istituti di Vigilanza, dei Vigili del Fuoco;
 - meccanico collaudatore di veicoli in genere;
 - personale a contatto con materiale esplosivo o radioattivo o con fuochi di artificio;
 - addetto alla pulizia di vetri e comignoli, alla riparazione di campanili e torri;
 - artista di circo, giostraio;
 - attore, acrobata, stuntman;
 - fotoreporter;
 - arbitro sportivo;
 - guida alpina, scalatore;
 - personale che lavora in cave, miniere, pozzi e, in generale, nel sottosuolo;
 - personale che svolge attività lavorative subacquee;
 - membro dell'equipaggio di un aereo o di un'imbarcazione.

Inoltre, ai sensi dell'Articolo A.9 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da **alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate** o dalle seguenti infermità mentali: **sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi**.

Avvertenza: la presente copertura assicurativa prevede somme assicurate e talune **franchigie**, per un'indicazione di maggiore dettaglio delle quali si rinvia agli Articoli A.1, A.3, A.4, A.5 e A.8 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Si riporta qui di seguito un **esempio numerico** di come, in concreto, le franchigie operino.

INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNIO/MALATTIA/PARTO

CASO A (ricovero)

SOMMA ASSICURATA = € 50

2 giorni di ricovero

- 2 giorni x € 50 = € 100

CASO B (ricovero ed indennità di convalescenza post-ricovero)

SOMMA ASSICURATA = € 50

15 giorni di ricovero ed altri 15 giorni di indennità di convalescenza post ricovero valutata al 75%

- 15 giorni x € 50 = € 750 (indennità da ricovero);
- 15 giorni x € 37,5 = € 562,50 (indennità post-ricovero).

Totale indennizzo = € 1.312,50

CASO C (ricovero con maggiorazione dell'indennità)

SOMMA ASSICURATA = € 50

30 giorni di ricovero

- 20 giorni x € 50 = € 1.000
 - + 10 giorni (dal 21° al 30°) x € 75 (€ 50 + 50% di € 50) = € 750
- Per un totale complessivo di € 1.750

DAY HOSPITAL

SOMMA ASSICURATA PER INDENNITÀ

DA RICOVERO = € 50

I giorni di Day Hospital (max 15 giorni) sono liquidati al 50% rispetto al normale ricovero

CASO A

2 giorni di Day Hospital

- 2 giorni x € 25 = € 50

CASO B

20 giorni di Day Hospital

- Liquidati 15 giorni x € 25 = € 375

Avvertenza: ai sensi dell'Articolo A.7 delle Condizioni Generali di Assicurazione, **l'assicurazione vale per le persone di età compresa fra i tre e i settanta anni**. L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali. La Polizza prevede altresì talune **estensioni di garanzia** concesse, alle condizioni contenute nel modello n. 1220/7 50+ ove non espressamente derogate, a favore del

Contraente e/o degli altri Assicurati che abbiano compiuto i 50 anni di età, purché ciascuno di loro abbia selezionato nella scheda di polizza la relativa garanzia e sia stato corrisposto il relativo premio.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Per ulteriori informazioni circa gli effetti delle dichiarazioni false o reticenti, si rinvia all'Articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: fatte salve le specifiche ipotesi di nullità disciplinate dalla legge, tra cui i casi di dolo o colpa grave, non sono previste altre ipotesi specifiche di nullità.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale al diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Per esempio, si ha aggravamento del rischio qualora in vigenza di contratto, pur senza necessità di ricovero, subentra una malattia grave od inabilitante.

Per ulteriori informazioni circa le modalità di comunicazione e le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione, si rinvia agli Articoli 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

6. Premi

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia. Fatte salve eventuali limitazioni all'utilizzo di uno o più dei mezzi di pagamento espressamente evidenziate dall'Intermediario, si precisa che la Compagnia accetta pagamenti che vengano effettuati per il tramite dei seguenti mezzi di pagamento: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Compagnia, oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico o altri mezzi di pagamento bancario o postale, tra cui a titolo meramente esemplificativo il vaglia postale; c) qualsiasi altro sistema di pagamento elettronico (POS o Carta di Credito); d) denaro contante, per premi di importo non superiore a quanto previsto dalla

normativa vigente, al momento della sottoscrizione della polizza.

Qualora la polizza, di durata annuale, preveda il frazionamento semestrale del premio, questo, essendo unico ed indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del contratto nel corso del primo semestre, **il Contraente è tenuto a corrispondere la seconda rata del premio stesso.**

Per la descrizione dettagliata delle modalità di pagamento del premio, si rinvia all'Articolo 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non sono previsti adeguamenti del premio e delle somme assicurate.

8. Diritto di recesso

Per le modalità di recesso, si rinvia all'Articolo 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione **si prescrivono in due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è sottoposto alla legge italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. In particolare, l'aliquota applicata è pari al **2,50%**.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne **avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza**, a deroga del termine previsto dall'art. 1913 C.C.

La denuncia deve essere **corredata da certificazione medica**.

L'Assicurato deve inoltre sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e documentazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

In relazione alla **Sezione Assistenza**, la Compagnia ha affidato la gestione dei sinistri a Europ Assistance Italia S.p.A.

Per ulteriori informazioni circa gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative, si rinvia all'Articolo 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami devono essere **inoltrati per iscritto** alla Compagnia:

ITAS Mutua - Servizio Reclami

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38123 Trento

Fax 0461 891 840 - e.mail: reclami@gruppoitas.it

I reclami devono contenere:

- a)** nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico;
- b)** numero della polizza e nominativo del Contraente;
- c)** numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo;
- d)** individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- e)** breve ed esauriva descrizione del motivo della lamentela;
- f)** ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro **nel termine massimo di quarantacinque giorni**, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, a mezzo posta (Via del Quirinale 21, 00187 Roma), o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353) corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it al link "Come presentare un reclamo".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura **FIN-NET**, accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda, infine, che in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, ferma la possibilità di rivolgersi all'IVASS come sopra specificato e/o di interessare l'Autorità giudiziaria, il reclamante potrà scegliere di avvalersi, ove ne ricorrano i presupposti, dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

- 1) Mediazione finalizzata alla conciliazione:** per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D.Lgs.n.28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.
- 2) Negoziazione assistita finalizzata alla composizione bonaria della lite:** è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al proprio avvocato di fiducia (D.L.12 settembre 2014 n.132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

- 3) Arbitrato:** le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

Maggiori informazioni in merito sono disponibili su www.gruppoitas.it, nella sezione "Reclami".

Mediazione: Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono regolamentate dal D.lgs.04.03.2010 n. 28 e successive modifiche e dalle normative secondarie di attuazione.

14. Arbitrato

Le divergenze sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità, nonché sui criteri di liquidazione di cui all'Articolo A.11 delle Condizioni Generali di Assicurazione sono demandate per iscritto ad un **Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici** avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

L'applicazione delle disposizioni contenute nel presente articolo è facoltativa per entrambe le Parti, qualora il Contraente debba essere considerato **"consumatore" ai sensi degli artt. 1469-bis e segg. C.C.**

Avvertenza: resta ovviamente salva la facoltà dell'Assicurato di adire direttamente la via giudiziaria.

ITAS Mutua è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.



Ermanno Grassi
Il Direttore Generale
ITAS Mutua

GLOSSARIO

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato precisato qui di seguito. Per tutto quanto non espressamente richiamato nel presente glossario, si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Compagnia:

ITAS Mutua.

Contraente:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Day hospital:

la degenza senza pernottamento presso un Istituto di cura.

Franchigia:

la parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi segmenti articolari:

gli arti superiori (braccio e avambraccio con le relative articolazioni, spalla, gomito e polso) e gli arti inferiori (coscia e gamba con le relative articolazioni, coxo-femorale, ginocchio e tibia tarsica).

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio:

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intermediario:

l'Agenzia di assicurazioni o il mediatore di assicurazioni (broker) abilitati alla vendita ed alla gestione della polizza.

Istituto di cura:

l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura o l'istituto universitario, convenzionati e non con il Servizio Sanitario Nazionale, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati, compreso il day hospital. **Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Ricovero:

la degenza con pernottamento presso un Istituto di cura.

Sinistro:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Glossario relativo alle Garanzie Esclusive 50+ Sezione Garanzia Assistenza

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato precisato qui di seguito.

Estensione Territoriale:

a parziale deroga dell'art. 20 - Validità territoriale delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia Assistenza è operante esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Prestazioni:

i servizi prestati dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Sinistro:

il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa:

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 201 35 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Glossario relativo alle Garanzie Esclusive 50+ Sezione Tutela Legale

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato precisato qui di seguito.

Sinistro o Caso Assicurativo:

il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

Tutela Legale:

l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. 209/05, artt. 163/4 - 173/4 e correlati.

Unico caso assicurativo:

il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati.

DIARIA DA RICOVERO

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

Norme che regolano l'assicurazione in generale Pag. 2

- Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 - Altre assicurazioni
- Art. 3 - Pagamento del premio
- Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione
- Art. 5 - Aggravamento del rischio
- Art. 6 - Diminuzione del rischio
- Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi
- Art. 8 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
- Art. 9 - Oneri fiscali
- Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per infortunio, malattia o parto Pag. 3

- Art. A. 1 - Rischio assicurato
- Art. A. 2 - Decorrenza dell'assicurazione e termini di aspettativa
- Art. A. 3 - Indennità di convalescenza post-ricovero
- Art. A. 4 - Maggiorazione dell'indennità
- Art. A. 5 - Day hospital
- Art. A. 6 - Esclusioni
- Art. A. 7 - Limiti di età
- Art. A. 8 - Franchigia per limite di età
- Art. A. 9 - Persone non assicurabili
- Art. A.10 - Validità territoriale
- Art. A.11 - Criteri di liquidazione
- Art. A.12 - Anticipo dell'indennizzo
- Art. A.13 - Modalità di valutazione del danno
- Art. A.14 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Condizioni particolari vevoli per i Soci-Assicurati di ITAS Mutua Pag. 6

DIARIA DA RICOVERO

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

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

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Compagnia non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo.

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

Art. 3 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Qualora la polizza, di durata annuale, preveda il frazionamento semestrale del premio, questo, essendo unico e indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del contratto nel corso del primo semestre, **il Contraente è tenuto a corrispondere la seconda rata del premio stesso.**

Il Contraente riconosce inoltre alla Compagnia il diritto di richiedere il pagamento anticipato della seconda semestralità in caso di sinistro.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno

dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento di rischio.

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

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato, devono darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, a deroga del termine previsto dall'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve inoltre sottoporsi agli accertamenti

e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e documentazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 8 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od 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 essa coincide con la durata del contratto.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

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

Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per infortunio, malattia o parto

Art. A.1 - Rischio assicurato

La Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia o parto.

L'indennità viene corrisposta per un periodo **massimo di 250 giorni**, anche non consecutivi, **per ogni ricovero e per anno assicurativo**.

Art. A.2 - Decorrenza dell'assicurazione e termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- **del giorno di decorrenza** della garanzia per i ricoveri dovuti ad infortunio;
- **del 30° giorno successivo** a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia;
- **del 300° giorno successivo** a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a parto, a malattie dipendenti da gravidanza o puerperio nonché per i ricoveri che siano conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, purché dichiarate.

Qualora la presente polizza operi in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. A.3 - Indennità di convalescenza post-ricovero

La Compagnia corrisponde a seguito di ricovero che abbia determinato **almeno 3 pernottamenti**, un'indennità supplementare **pari al 75%** di quella garantita in caso di ricovero. Detta indennità viene corrisposta a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura e per **un numero di giorni pari a quello del ricovero con il massimo di 15 giorni**.

Art. A.4 - Maggiorazione dell'indennità

In caso di ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, che abbia determinato **almeno 20 pernottamenti consecutivi**, la Compagnia corrisponde l'indennità assicurata **maggiorata del 50%** a decorrere dal **21° pernottamento** e per tutta la durata residua del ricovero.

Art. A.5 - Day hospital

La Compagnia corrisponde un'indennità, **pari al 50%** di quella garantita in caso di ricovero, anche nei casi di day hospital quando questo si protragga **per almeno 2 giorni anche non consecutivi**, sino ad un massimo di **15 giorni per sinistro** e per anno assicurativo a condizione che abbia riguardato prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche conseguenti ad infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza. Sono esclusi i day hospital per visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Art. A.6 - Esclusioni

Non sono indennizzabili i ricoveri e i day hospital:

- che siano conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e/o successive variazioni, già note in quel momento all'Assicurato e da Lui sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

- per interruzione volontaria della gravidanza;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e di psicofarmaci od uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- per le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- per le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- per le cure dentarie e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio e, in ogni caso, per le protesi dentarie;
- per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- per gli infortuni occorsi alla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- per gli infortuni conseguenti alla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- per gli infortuni derivanti dall'uso, anche come passeggero, di mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- che siano conseguenza di reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- che siano conseguenza di guerra ed insurrezioni, di tumulti popolari e di atti di terrorismo a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; di movimenti tellurici, maremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- che siano conseguenza della partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.).

Sono altresì esclusi i ricoveri e i day hospital che siano conseguenza di infortuni occorsi:

- nell'esercizio di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- nell'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il grado terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, canoa fluviale e rafting, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby e football americano, tuffi

- controllati da corda elastica, speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compresi deltaplani e ultraleggeri), immersione con autorespiratore;
- nell'esercizio delle seguenti discipline sportive: calcio, calcetto, ciclismo, sci, sport equestri, pallavolo, pallamano, pallacanestro, tennis, atletica leggera, ginnastica, pentathlon moderno, triathlon, tuffi, hockey nelle sue varie forme, praticati a livello professionistico e semiprofessionistico; sono inoltre esclusi i ricoveri che siano conseguenza di infortuni occorsi nell'esercizio dei suddetti sport svolti - in occasione della partecipazione a competizioni o relative prove ed allenamenti - sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, comunque, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione. Pertanto sono compresi i ricoveri e i day hospital conseguenti a infortuni occorsi durante la pratica dei suddetti sport svolti esclusivamente a carattere ricreativo;
- durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali:
 - membro delle Autorità di Polizia o municipale, delle Forze Armate, della Guardia di Finanza, degli Istituti di Vigilanza, dei Vigili del Fuoco;
 - meccanico collaudatore di veicoli in genere;
 - personale a contatto con materiale esplosivo o radioattivo o con fuochi di artificio;
 - addetto alla pulizia di vetri e comignoli, alla riparazione di campanili e torri;
 - artista di circo, giostraio;
 - attore, acrobata, stuntman;
 - fotoreporter;
 - arbitro sportivo;
 - guida alpina, scalatore;
 - personale che lavora in cave, miniere, pozzi e, in generale, nel sottosuolo;
 - personale che svolge attività lavorative subacquee;
 - membro dell'equipaggio di un aereo o di un'imbarcazione.

Art. A.7 - Limiti di età

L'Assicurazione vale per le persone di età compresa fra i tre e i settanta anni.

L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Art. A.8 - Franchigia per limite di età

Qualora l'Assicurato sia di età superiore ai sessantacinque anni, l'indennità giornaliera spettante a termini di polizza,

limitatamente ai soli casi di ricovero a seguito di malattia, sarà corrisposta a partire dal decimo giorno successivo a quello del ricovero.

Art. A.9 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Compagnia, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. A.10 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. A.11 - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza su presentazione della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata, il numero dei pernottamenti o dei giorni di day hospital. Per i ricoveri e i day hospital avvenuti all'estero l'indennità verrà corrisposta al rientro dell'Assicurato in Italia, nella valuta corrente in Italia.

Art. A.12 - Anticipo dell'indennizzo

Qualora il ricovero si protragga per una durata superiore a 60 giorni, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia anticiperà, entro i 30 giorni successivi, un importo pari all'indennità dovuta per i primi 60 giorni di ricovero.

Questo anticipo sarà dovuto semprechè non sussistano ragionevoli o giustificati dubbi circa la indennizzabilità del sinistro.

Art. A.13 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità, nonché sui criteri di liquidazione di cui all'art.A.11 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. L'applicazione delle disposizioni contenute nel presente articolo è facoltativa per entrambe le Parti, qualora il Contraente debba essere considerato "consumatore" ai sensi degli artt. 1469-bis e segg. del Codice Civile.

Art. A.14 - Rinuncia al diritto di surrogazione

In caso di ricovero, reso necessario da infortunio, la Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

Condizioni particolari valevoli per i Soci - Assicurati di ITAS Mutua

Estratto dello Statuto

Art. 1 - Costituzione e Sede

E' costituita la Società di Mutua Assicurazione a responsabilità limitata, con la denominazione "ITAS – Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni società mutua di assicurazioni" o anche "ITAS Mutua", già eretta il 5 ottobre 1821 con la denominazione Istituto Provinciale Incendi.

La denominazione tedesca è "ITAS - Landesversicherungsanstalt Trentino-Südtirol V.V.a.G." o anche "ITAS Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" ovvero «ITAS V.V.a.G. ».

ITAS Mutua ha sede in Trento. Esso può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

Art. 3 - Contribuzioni

A tale scopo i Soci-Assicurati si obbligano di contribuire con gli occorrenti mezzi, secondo le disposizioni del presente Statuto. La responsabilità dei Soci-Assicurati è limitata al solo pagamento dei contributi annui stabiliti dallo Statuto e finisce col cessare dell'assicurazione. La responsabilità dei Soci sovventori è limitata alle quote sottoscritte. È esclusa ogni garanzia sussidiaria. Le obbligazioni della Società sono garantite dal patrimonio sociale.

Art. 8 - Vincolo sociale

Il vincolo sociale nei confronti del Socio-Assicurato è obbligatorio per il periodo indicato nella polizza di assicurazione dallo stesso stipulata e si rinnova, unitamente al contratto di assicurazione, per l'ulteriore periodo indicato nella polizza o previsto dalla legge, qualora non venga esercitata la facoltà di disdetta, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa nonché delle clausole contrattuali. Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione.

Nel caso in cui la legge e le condizioni generali di assicurazione stabiliscano il trasferimento dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto d'assicurazione, il subentrante acquista la qualità di Socio-Assicurato.

La mora del Socio-Assicurato non risolve da sola il vincolo sociale, ferme rimanendo le conseguenze dell'inadempimento.

Art. 23 - Rappresentanza

La rappresentanza legale di ITAS Mutua spetta al Presidente ed in sua assenza od impedimento ai Vicepresidenti del Consiglio di amministrazione.

La firma sociale spetta al Presidente o ai Vicepresidenti; può essere delegata anche ad un amministratore e, per gli atti di ordinaria amministrazione ed in genere per quelli di assicurazione, al Direttore Generale o ad altre persone designate dal Consiglio di amministrazione.

La rappresentanza giudiziaria spetta ai rappresentanti legali, oltre che ai Dirigenti ai quali sia demandata dal Consiglio di amministrazione.

Copia integrale dello Statuto è a disposizione dei Soci – Assicurati presso la Sede dell'Agenzia.

DIARIA DA RICOVERO ^{2U} GARANZIE ESCLUSIVE 50+

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

Norme che regolano la Garanzia Assistenza Pag. 2

- Art. B. 1 - Prestazioni
- Art. B. 2 - Delimitazioni, esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni
- Art. B. 3 - Modalità per la richiesta di assistenza

Norme che regolano la Garanzia Tutela Legale Pag. 3

- Art. C. 1 - Oggetto dell'assicurazione
- Art. C. 2 - Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione
- Art. C. 3 - Insorgenza del caso assicurativo
- Art. C. 4 - Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale
- Art. C. 5 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa
- Art. C. 6 - Gestione del caso assicurativo
- Art. C. 7 - Recupero di somme
- Art. C. 8 - Estensione territoriale
- Art. C. 9 - Elenco dei casi assicurativi
- Art. C.10 - Esclusioni

Guida alla tua Polizza Diaria da Ricovero 2U 50+ Pag. 7

Diaria da Ricovero 2U 50+ Pag. 8

Le tue domande Pag. 10

Denuncia di sinistro su Polizza Diaria da Ricovero 2U 50+ Pag. 11

Garanzia Assistenza - Modalità per la richiesta di assistenza Pag. 13

DIARIA DA RICOVERO

GARANZIE ESCLUSIVE 50+

B) Garanzia Assistenza

Norme che regolano la Garanzia Assistenza

Le seguenti prestazioni vengono concesse, alle condizioni contenute nel modello n. I 220/7 ove non espressamente derogate, a favore del Contraente e/o degli altri Assicurati che abbiano compiuto i 50 anni di età, purché ciascuno di loro abbia selezionato nella scheda di polizza la garanzia Assistenza e sia stato corrisposto il relativo premio.

Art. B.1 - Prestazioni

A. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

B. Ricerca e prenotazione di Istituti di cura, centri diagnostici e specialistici

(prestazione operante dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba sottoporsi a ricovero, intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso, a tariffe agevolate ed accesso preferenziale.

C. Traduzione cartella clinica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'Assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo la Compagnia a proprio carico il relativo costo.

L'Assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana

della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'Assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia improvvisa.

D. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

E. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto precedente, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa

l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

Art. B.2 - Delimitazioni, esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- a. Tutte le prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.
- b. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
- c. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - dolo dell'Assicurato;
 - suicidio o tentato suicidio;
 - infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
 - malattie nervose e mentali;
 - malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- d. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- e. Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.
- f. Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- g. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.
- h. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.

Art. B.3 - Modalità per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 - 010.911

oppure al numero di Milano

02 - 58.28.62.08

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a: EUROPE ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita;
2. Nome e Cognome;
3. Numero di polizza;
4. Indirizzo del luogo in cui si trova;
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

C) Garanzia Tutela Legale

Norme che regolano la Garanzia Tutela Legale

Le seguenti prestazioni vengono concesse, alle condizioni contenute nel modello n. 1220/7 ove non espressamente derogate, a favore del Contraente e/o degli altri Assicurati che abbiano compiuto i 50 anni di età, purché ciascuno di loro abbia selezionato nella scheda di polizza la garanzia Tutela Legale e sia stato corrisposto il relativo premio.

Premessa

La Compagnia provvede alla gestione dei sinistri di Tutela Legale ai sensi dell'articolo 164, comma 2, lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – Decreto Legislativo 209/2005.

Art. C.1 - Oggetto dell'assicurazione

- a. La Compagnia, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale di € 10.000,00 per caso assicurativo, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in polizza.

- b. Tali oneri sono:
- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo;
 - le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla Compagnia ai sensi dell'art. C.6 comma d;
 - le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Compagnia ai sensi dell'art. C.6 lett. e);
 - le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
 - le spese di giustizia;
 - il Contributo Unificato (D.L. 11.03.2002 n° 28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.
- c. È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. C.4 comma c.

Art. C.2 - Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

- a. L'Assicurato è tenuto a:
- regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme fiscali di bollo e di registro, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;
 - ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.
- b. La Compagnia non si assume il pagamento di:
- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
 - spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).
- c. **Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.**

Art. C.3 - Insorgenza del caso assicurativo

- a. Ai fini della presente polizza, per insorgenza del caso assicurativo si intende:
- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - **il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;**
 - per tutte le restanti ipotesi - **il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.** In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della **prima violazione.**
- b. La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:
- **durante il periodo di validità della polizza**, se si tratta di

esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;

- **trascorsi tre mesi dalla decorrenza della polizza**, in tutte le restanti ipotesi.

- c. La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Compagnia, nei modi e nei termini dell'art. C.4, entro dodici mesi dalla cessazione del contratto stesso.
- d. **La garanzia non ha luogo** nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui **rescissione, risoluzione o modificazione** fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.
- e. Si considerano a tutti gli effetti come unico caso assicurativo:
- **vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;**
 - **indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.**

In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli Assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. C.4 - Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale

- a. L'Assicurato **deve immediatamente denunciare alla Compagnia** qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.
- b. In ogni caso deve fare pervenire alla Direzione Generale della Compagnia notizia di ogni atto a lui notificato, **entro tre giorni** dalla data della notifica stessa.
- c. L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, **iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia**, indicandolo alla Compagnia contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.
- d. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Compagnia lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato **non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.**
- e. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Compagnia.

Art. C.5 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

- Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è **tenuto a:**
- informare immediatamente la Compagnia in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;

- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. C.6 - Gestione del caso assicurativo

- Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, la Compagnia si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
- Ove ciò non riesca, **se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo** e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'art. C.4.
- La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale **se l'impugnazione presenta possibilità di successo**.
- L'Assicurato **non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione della Compagnia**.
- L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti **viene concordata con la Compagnia**.
- La Compagnia non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.
- In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Compagnia, la decisione può venire demandata, ferma la facoltà dell'Assicurato di adire alle vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.**

La Compagnia avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. C.7 - Recupero di somme

- Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.
- Spettano invece alla Compagnia, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. C.8 - Estensione territoriale

Le garanzie prestate valgono:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'Assicurato esclusivamente in conseguenza degli interventi chirurgici: nel mondo intero;

- per controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali: nella Repubblica Italiana, Città Stato del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Art. C.9 - Elenco dei casi assicurativi

La garanzia vale solo se il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura è reso necessario da infortunio, malattia o parto come indicato nelle norme che regolano l'assicurazione Indennità da Ricovero, per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'Assicurato esclusivamente in conseguenza degli interventi chirurgici per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa Diaria da Ricovero 2U. È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.
- sostenere controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali, derivanti dall'erogazione delle garanzie previste dalla polizza Diaria da Ricovero 2U.

Art. C.10 - Esclusioni

Le garanzie non sono valide:

- in materia fiscale ed amministrativa;
- per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
- per fatti dolosi delle persone assicurate;
- per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- se il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diverso da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui al D.Lgs. n. 209/2005;
- nei casi di violazione degli artt. n. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcool), n. 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) e n. 189, comma 1 (comportamento in caso d'incidente) del Nuovo Codice della Strada;
- per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;

- m. spese legali e peritali per controversie contro la Compagnia;
- n. spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato ed il professionista diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- o. spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Compagnia.

Il presente modello n. I 220/7 50+ contenente le Garanzie esclusive 50+ costituisce allegato al modello di polizza n. I 220/7 formandone parte integrante.

GUIDA ALLA TUA POLIZZA DIARIA DA RICOVERO ^{2U} 50+

Cosa è la polizza Diaria da Ricovero 2U 50+

Gentile Assicurato,

Diaria da Ricovero 2U 50+ è la polizza di ITAS Mutua, valida in tutto il mondo, che ti garantisce un'indennità giornaliera in caso di ricovero in Istituto di cura reso necessario da malattia, infortunio o parto, nei limiti delle condizioni contrattuali e per un periodo massimo di 250 giorni per ogni ricovero e per anno assicurativo.

Cosa è questo fascicolo

Questo fascicolo è uno strumento che ti può aiutare nella lettura della tua polizza Diaria da Ricovero 2U 50+ cercando di riassumerne i contenuti più importanti e di rispondere ad alcune delle domande che probabilmente ti stai ponendo.

Cosa non è questo fascicolo

Questo fascicolo non è un contratto di assicurazione: la tua polizza è costituita esclusivamente dalla scheda che hai firmato, dal normativo Diaria da Ricovero 2U contraddistinto come modello n. I220/7 e dalle Garanzie esclusive 50+ modello n. I220/7 50+ che ti sono stati consegnati dall'Intermediario al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione. Sono quelli appena elencati i documenti che hanno valore giuridico e che regolano il rapporto tra te e ITAS Mutua. Se hai bisogno di qualsiasi chiarimento od informazione sul tuo contratto, puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia o telefonarci al Numero Verde:

Cosa fare in caso di sinistro

Se subisci un ricovero potrai facilmente denunciarlo utilizzando il modulo che abbiamo predisposto appositamente per te e trovi qui allegato. Seguendo le indicazioni in esso contenute ci comunicherai tutte le informazioni che ci servono per istruire la tua pratica ed assicurarti l'indennizzo in tempi brevi. Se hai dei dubbi su come compilare la denuncia puoi rivolgerti al tuo Intermediario di fiducia o telefonarci al Numero Verde:

Numero Verde
800-494.328

Numero Verde
800-494.328

DIARIA DA RICOVERO ²⁰ 50+

Puoi scegliere di assicurare te stesso ed i tuoi familiari per un'indennità giornaliera fino a 100,00 Euro.

Cosa è coperto

- Ricovero per infortunio
- Ricovero per malattia
- Ricovero per parto (cesareo o naturale)

Ed inoltre ti vengono riconosciuti:

- **Indennità di convalescenza post-ricovero** pari al 75% della tua diaria giornaliera se hai avuto un ricovero che abbia determinato almeno 3 pernottamenti.
- **Maggiorazione dell'indennità** pari al 50% dell'indennità assicurata a partire dal 21° pernottamento consecutivo e per tutta la durata residua del ricovero.
- **Indennità anche in caso di Day Hospital** pari al 50% dell'indennità assicurata: se il tuo Day Hospital - per terapie chirurgiche e mediche - dura almeno due giorni anche non consecutivi, per un massimo di 15 giorni.
- **Anticipo dell'indennizzo:** qualora il ricovero si protragga per una durata superiore a 60 giorni, ti verrà anticipata, entro 30 giorni dalla tua richiesta, l'indennità dovuta per i primi 60 giorni di ricovero.

La disciplina completa degli eventi garantiti è contenuta nelle Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per infortunio, malattia o parto del modello n. I 220/7.

Cosa non è coperto

Tra le principali esclusioni, ti segnaliamo i ricoveri ed i Day Hospital:

- che siano conseguenza di malattie insorte anteriormente alla stipula del contratto, già da te conosciute e non dichiarate;
- per la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere;
- per interruzione volontaria della gravidanza;
- per le applicazioni di carattere estetico;
- per le cure o protesi dentarie non rese necessarie da infortunio;
- per le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

La disciplina completa delle esclusioni è contenuta nelle Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per infortunio, malattia o parto del modello n. I 220/7.

Solo per te che hai più di 50 anni:

Tu ed i tuoi familiari che abbiano compiuto 50 anni, corrispondendo un piccolo sovrappremio, potrete usufruire delle seguenti garanzie:

- **Assistenza** - ti assicura prestazioni quali ad esempio consulenza medica, ricerca e prenotazione di Istituti di cura, centri diagnostici e specialistici, trasferimento e rientro da centri ospedalieri attrezzati, etc. La garanzia Assistenza è prestata in collaborazione con Europ Assistance.
- **Tutela Legale** - copre le spese legali da te sostenute per

difendere i tuoi diritti in caso di controversie civili e penali, che dovessero sorgere a seguito di intervento chirurgico o di semplice ricovero, per i casi per i quali è prevista la copertura della garanzia base Diaria da Ricovero.

La disciplina completa di queste estensioni di garanzia è contenuta nel modello n. I220/7 50+ Garanzie esclusive 50+.

Per tua comodità ti segnaliamo cosa devi ricordare:

DECORRENZA (la copertura decorre:)

Per il ricovero a seguito di infortunio

dalle ore 24 del giorno di effetto della polizza e pagamento del premio.

Per il ricovero a seguito di malattia

la decorrenza della copertura è posticipata in quanto intervengono i cosiddetti "termini di carenza o di aspettativa" che possono variare tra i 30 giorni - in caso di malattia non dovuta a situazioni patologiche pregresse - e i 300 giorni - in caso di malattia dovuta a situazioni patologiche insorte prima della stipulazione dell'assicurazione, purchè dichiarate.

Per il ricovero dovuto a parto e malattie dipendenti da gravidanza

dal 300° giorno successivo a quello di effetto della polizza.

LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Le garanzie Assistenza e Tutela Legale - Garanzie esclusive 50+ - possono essere prestate solo per le persone che abbiano compiuto 50 anni.

FRANCHIGIA PER LIMITE DI ETÀ

Se hai più di 65 anni, l'indennità giornaliera per i ricoveri a seguito di malattia sarà prevista dopo il 10° giorno successivo a quello del ricovero.

PERSONE NON ASSICURABILI

Non è possibile assicurare persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei.

LE TUE DOMANDE

1. Cosa accade se sono ricoverato in una struttura a carico del SSN?

Anche se il tuo ricovero è a totale carico del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) è comunque previsto l'indennizzo per ogni giorno di ricovero.

2. Posso detrarre dalla dichiarazione dei redditi i premi pagati per la polizza?

No, il premio pagato per la polizza Diaria da Ricovero 2U non è fiscalmente detraibile.

3. Posso stipulare contemporaneamente più polizze Diaria da Ricovero 2U con diverse Compagnie?

Sì, è possibile. Devi però comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di questa comunicazione può infatti comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

4. La polizza vale all'estero?

Sì, la polizza copre anche i ricoveri avvenuti all'estero.

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA DIARIA DA RICOVERO 50+

(da inviare a mezzo posta o fax all'Intermediario oppure alla Compagnia entro 5 giorni da quando ne hai avuto conoscenza)

ITAS Mutua
c/o Intermediario _____

Contraente _____ Polizza n. _____
(intestatario polizza)

Assicurato (nome/cognome/domicilio/recapito telefonico del soggetto cui si riferisce la richiesta di rimborso anche se coincide con il contraente)

Ricovero dal _____ al _____ in Istituto di cura _____

Diagnosi: _____

Inviare certificazione medica e/o cartella clinica in fotocopia, non appena disponibili, a mezzo posta o fax all'Intermediario oppure alla Compagnia.

Altre assicurazioni in corso per gli stessi rischi? No Sì, con la seguente Compagnia

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Per eventuali chiarimenti rivolgersi al Numero Verde 800-494.328

DIARIA DA RICOVERO ²⁰ 50+ GARANZIE ESCLUSIVE

Garanzia ASSISTENZA

Modalità per la richiesta di assistenza

La gestione dei sinistri Assistenza è stata affidata da ITAS Mutua a **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.**

Dovunque ti trovi ed in qualsiasi momento, potrai telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 - 010.911

oppure al numero di Milano

02 - 58.28.62.08

Oppure se non puoi telefonare puoi inviare un telegramma a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Piazza Trento, 8

20135 MILANO.

In ogni caso dovrai comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessiti;
2. Nome e Cognome;
3. Numero di polizza;
4. Indirizzo del luogo in cui ti trovi;
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarti nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà chiederti ogni ulteriore documentazione che riterrà necessaria alla conclusione dell'assistenza; **in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.**

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

