



Contratto di Assicurazione

INFORTUNI 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 Infortuni 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 9 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. Coperture assicurative offerte

La Compagnia offre le seguenti coperture assicurative:

COPERTURE ASSICURATIVE

A) Infortuni

B) Assistenza

La Polizza prevede altresì talune **estensioni di garanzia** operanti a favore del Contraente e/o degli altri Assicurati che **abbiano**

compiuto i 50 anni di età.

Per il caso dell'**Invalidità Permanente da Malattia (rischio riservato alla Direzione)**, valida limitatamente alle persone e alle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza, a condizione che sia stato pagato il relativo premio, all'Assicurato può essere richiesto di compilare un apposito questionario anamnestico.

A) Infortuni - La polizza vale per gli infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali, principali e secondarie, e di ogni altra attività non avente carattere professionale, ovvero, durante lo svolgimento di qualsiasi attività quotidiana, occupazioni familiari o domestiche, nei momenti di svago, nel tempo libero e durante le vacanze, nell'ambito della circolazione stradale, su tutti i mezzi di trasporto, come auto, treni, tram, bus, etc. Laddove siano espressamente richiamate nella Scheda di Polizza le relative Condizioni particolari relative alla Sezione A) Infortuni, l'assicurazione può valere esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga, rispettivamente, senza carattere di professionalità (**infortuni extraprofessionali**) oppure con carattere di professionalità (**infortuni professionali**). La polizza garantisce anche gli infortuni subiti dall'Assicurato quando viaggia, come passeggero, su aeromobili (velivoli ed elicotteri) in servizio pubblico di linee aeree regolari, o su voli charter e voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare. La polizza, inoltre, vale qualora l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in un Paese fino ad allora in pace. La finalità dell'assicurazione è quella di sopperire al pregiudizio economico dell'Assicurato, garantendo il pagamento di un indennizzo in caso di:

- **Morte da infortunio.**
- **Invalidità permanente da infortunio** (perdita definitiva, in misura totale o parziale, anatomica o funzionale di organi od arti o parte di questi).
- **Inabilità temporanea da infortunio** (inadempimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni principali o secondarie dichiarate).

Le garanzie complementari che possono essere altresì prestate dalla polizza sono:

- **Indennità da ricovero per infortunio.** Tale garanzia prevede, altresì, in caso di ricovero che abbia determinato almeno 3 pernottamenti, il riconoscimento di un'indennità di convalescenza post-ricovero, pari al 75% di quella assicurata, per un numero di giorni pari al doppio di quelli del ricovero con il massimo di 15 giorni. Inoltre è previsto il pagamento di

una indennità, pari al 50% di quella assicurata, in caso di day-hospital durato almeno due giorni anche non consecutivi conseguente ad infortunio, con esclusione del day-hospital eseguito ai soli fini diagnostici.

- Indennità da **ingessatura per infortunio**.
- Rimborso **spese mediche per infortunio**.

La polizza considera infortuni anche l'asfissia, gli avvelenamenti, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole e di calore, i morsi di animali, le punture di insetti e le lesioni determinate da sforzi (ad esclusione degli infarti).

Sono garantiti anche gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo (a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva) e quelli causati da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario (a parziale deroga degli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile).

Sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante la pratica a titolo esclusivamente ricreativo anche dei seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, sci, sport equestri, pallavolo, pallamano, pallacanestro, tennis, atletica leggera, ginnastica, pentathlon moderno, triathlon, tuffi, hockey.

È prevista la possibilità di ricorrere all'Anticipo dell'indennizzo nei seguenti casi:

- nel caso in cui sia prevedibile un'invalidità permanente superiore al 25%, l'Assicurato può richiedere un anticipo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente;
- in caso di ricovero, qualora lo stesso si protragga per una durata superiore a 60 giorni, l'Assicurato ha diritto di ottenere entro i 30 giorni successivi un anticipo dell'indennizzo pari ai primi 60 giorni di ricovero.

Ulteriori estensioni di polizza sono, a titolo di esempio, il calcolo dell'invalidità permanente sulla base delle tabelle INAIL e la supervalutazione degli infortuni gravi.

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.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla 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;
- b) dall'uso e guida di **mezzi subacquei ed aerei** (salvo quanto previsto dall'Articolo A.3 delle Condizioni Generali di Assicurazioni);
- c) da **abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di**

stupefacenti ed allucinogeni;

- d) da **reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- e) da **guerra** (salvo quanto previsto dall'Articolo A.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione) ed **insurrezioni;**
- f) dalla **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);
- g) da **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche** (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- h) nell'esercizio di **sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;**
- i) 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), **arrampicata libera** (freeclimbing), **canoa fluviale, hydrospeed e rafting, salto dal trampolino con sci o idroski, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby e football americano, tuffi controllati da corda elastica (bungee jumping), speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere** (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), **immersione con autorespiratore;**
- l) nell'esercizio dei seguenti sport: **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;**
- m) durante le **attività proprie del servizio militare** prestato in qualunque forma, durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Inoltre, ai sensi dell'Articolo A.7 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione non è operante, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, per le **persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.**

Avvertenza: ai sensi dell'Articolo A.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, **la copertura può essere prestata alle persone di età compresa tra i 3 e gli 80 anni.** Nel caso in cui il compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato avvenga in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza del premio annuale successiva alla data in cui

l'Assicurato compie l'ottantesimo anno di età. Successivamente a tale scadenza non sussisterà alcuna copertura e, specularmente, non sarà dovuto alcun premio dall'Assicurato. Alla scadenza contrattuale dell'annualità precedente a quella in cui l'Assicurato compie l'ottantesimo anno di età, la Compagnia provvede ad informare lo stesso del prossimo raggiungimento del limite massimo di età assicurabile e della conseguente cessazione dalla copertura.

Avvertenza: per informazioni di dettaglio circa la presenza di **franchigie e massimali**, si rinvia alle disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione, in particolare agli Articoli A.1, A.5, A.14, A.15, A.16, A.17, A.19 e A.20, nonché alle norme di cui alle Garanzie Complementari ed alle Condizioni Particolari relative alla Sezione A) Infortuni. Si riporta qui di seguito un **esempio numerico** di come, in concreto, le franchigie e i massimali operino.

INVALIDITÀ PERMANENTE

CASO A

SOMMA ASSICURATA = € 150.000

Invalità permanente accertata = 4%

- fino a € 100.000 viene liquidato il seguente importo:
 $100.000 \times 1,5\% = € 1.500$
- da € 100.000 a € 150.000 non verrà indennizzato nulla in quanto l'IP accertata rientra nella franchigia prevista del 5%

Totale complessivo di € 1.500

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 300.000

Invalità permanente accertata = 12%

- fino a € 100.000 viene liquidato il seguente importo:
 - per i primi 5 punti di Invalità permanente accertata
 $100.000 \times 2,5\% = € 2.500$
 - per i restanti 7 punti di Invalità permanente accertata
 $100.000 \times 7\% = € 7.000$

Totale di € 9.500

- da € 100.000 a € 200.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 5%. Pertanto su un'IP di 12% - 5% di franchigia = 7%, si ottiene: $100.000 \times 7\% = € 7.000$
- da € 200.000 a € 300.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 10%. Pertanto su un'IP di 12% - 10% di franchigia = 2%, si ottiene: $100.000 \times 2\% = € 2.000$

Totale complessivo di $9.500 + 7.000 + 2.000 = € 18.500$

INABILITÀ TEMPORANEA

CASO A

SOMMA ASSICURATA = € 25

- a) 30 giorni complessivi di cui 10 di inabilità temporanea totale e 20 giorni di inabilità temporanea parziale al 50% (franchigia 7 giorni);
- b) come in a), ma con prima cure prestate dal pronto soccorso (franchigia 5 giorni);
- c) come in a), con ricovero presso Istituto di cura (franchigia 3 giorni).

a)

- 10 giorni - 7 giorni (franchigia) = 3 giorni $\times € 25 = € 75$ (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni $\times € 12,5 = € 250$ (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 325

b)

- 10 giorni - 5 giorni (franchigia) = 5 giorni $\times € 25 = € 125$ (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni $\times € 12,5 = € 250$ (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 375

c)

- 10 giorni - 3 giorni (franchigia) = 7 giorni $\times € 25 = € 175$ (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni $\times € 12,5 = € 250$ (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 425

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 50

- a) 30 giorni complessivi di cui 10 di inabilità temporanea totale e 20 giorni di inabilità temporanea parziale al 50% (franchigia 10 giorni);
- b) come in a), ma con prima cure prestate dal pronto soccorso (franchigia 5 giorni);
- c) come in a), con ricovero presso Istituto di cura (franchigia 3 giorni).

a)

- 10 giorni - 10 giorni (franchigia) = 0 giorni $\times € 50 = € 0$ (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni $\times € 25 = € 500$ (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 500

b)

- 10 giorni - 5 giorni (franchigia) = 5 giorni $\times € 50 = € 250$ (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni $\times € 25 = € 500$ (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 750

c)

- 10 giorni – 3 giorni (franchigia) = 7 giorni x € 50 = € 350 (inabilità temporanea totale)
- 20 giorni x € 25 = € 500 (inabilità temporanea parziale)

Totale complessivo di € 850

INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNIO

CASO A

SOMMA ASSICURATA = € 50

2 giorni di ricovero

- 2 giorni x € 50 = € 100

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 50

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

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

Totale indennizzo = € 1.312,50

DAY HOSPITAL

SOMMA ASSICURATA PER INDENNITÀ DA RICOVERO = € 50 per 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

INDENNITÀ DA INGESSATURA PER INFORTUNIO

SOMMA ASSICURATA = € 50

Dal 01/01 al 15/01 per un totale di 14 giorni, in quanto il giorno di applicazione e di rimozione vengono considerati un solo giorno

14 giorni x € 50 = € 700

SPESE MEDICHE

CASO A

SOMMA ASSICURATA = € 6.000

L'Assicurato sostiene spese mediche, senza ricovero, per € 1.500 di cui € 300 per spese inerenti un trasporto in ambulanza

Nel caso di sinistro senza ricovero, è previsto un rimborso per le spese di trasporto in ambulanza fino al 10% della somma assicurata con il massimo di € 500.

$6.000 \times 10\% = € 600$ (importo superiore al massimo indennizzo pari ad € 500).

Rimangono a carico dell'assicurato: $600 - 500 = € 100$.
Complessivamente: 900 (spese mediche) + 500 (spese di trasporto) = € 1.400

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 6.000

L'assicurato sostiene spese mediche, con ricovero, per € 3.000 di cui € 600 per spese inerenti un trasporto in ambulanza.

Nel caso di sinistro con ricovero, è previsto un rimborso per le spese di trasporto, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, nel nostro caso in ambulanza, fino al 10% della somma.

In questo caso contrariamente al caso "senza ricovero" non è previsto il limite di € 500.

$6.000 \times 10\% = € 600$ (importo massimo rimborsato per trasporti)

Le spese vengono pertanto integralmente rimborsate.
Complessivamente: $2.400 + 600 = € 3.000$

INVALIDITÀ PERMANENTE

Condizione Particolare D)

SOMMA ASSICURATA = € 300.000

Invalità permanente accertata = 12%.

- fino a € 100.000 viene indennizzato l'intero importo:
 $100.000 \times 12\% = € 12.000$
- da € 100.000 a € 200.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 5%. Pertanto su un'IP di 12% – 5% di franchigia = 7%, si ottiene: $100.000 \times 7\% = € 7.000$
- da € 200.000 a € 300.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 10%. Pertanto su un'IP di 12% – 10% di franchigia = 2%, si ottiene: $100.000 \times 2\% = € 2.000$

Totale complessivo di $12.000 + 7.000 + 2.000 = € 21.000$

(segue)

(segue)

INVALIDITÀ PERMANENTE
Condizione Particolare E)

CASO A

SOMMA ASSICURATA = € 150.000

Invalidità permanente accertata = 10%.

- fino a € 150.000 viene indennizzata l'eccedenza al 3%. Pertanto su un'IP di 10% - 3% di franchigia = 7%, si ottiene: $150.000 \times 7\% = € 10.500$

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 300.000

Invalidità permanente accertata = 25%.

- fino a € 150.000 viene indennizzato l'intero importo senza applicazione delle franchigia perché l'invalidità permanente accertata è superiore al 20%: $150.000 \times 25\% = € 37.500$
- da € 150.000 a € 250.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 5%. Pertanto su un'IP di 25% - 5% di franchigia = 20%, si ottiene: $100.000 \times 20\% = € 20.000$
- da € 250.000 a € 300.000 verrà indennizzata l'eccedenza al 10%. Pertanto su un'IP di 25% - 10% di franchigia = 15%, si ottiene: $50.000 \times 15\% = € 7.500$

Totale complessivo di $37.500 + 20.000 + 7.500 = € 65.000$

B) Assistenza - La Compagnia a seguito di un sinistro che colpisca l'Assicurato, si obbliga a garantire, nei modi e nei limiti indicati negli Articoli B.1 ss. delle Condizioni Generali di Assicurazione, le seguenti prestazioni:

- 1) **Organizzazione degli spostamenti.**
- 2) **Consulenza medica.**
- 3) **Consulenza geriatrica.**
- 4) **Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura - centri diagnostici - laboratori di analisi.**
- 5) **Ricerca di struttura attrezzata di lungo degenza.**
- 6) **Trasporto in autoambulanza in Italia.**
- 7) **Trasporto in autoambulanza o taxi a seguito di dimissioni.**
- 8) **Invio di un infermiere al domicilio.**
- 9) **Invio di un fisioterapista al domicilio.**
- 10) **Consegna esiti a domicilio.**
- 11) **Consegna medicinali a domicilio.**
- 12) **Prelievo sangue a domicilio.**
- 13) **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato.**
- 14) **Rientro dal centro ospedaliero attrezzato.**
- 15) **MAP (Medical Advise Program).**

Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un

massimo di tre volte per tipo per ogni anno di validità della polizza.

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 B.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- b) **dolo dell'Assicurato;**
- c) **suicidio o tentato suicidio;**
- d) **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;**
- e) **malattie nervose e mentali;**
- f) **malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.**

Avvertenza: si riporta qui di seguito un **esempio numerico** di come, in concreto, la copertura assicurativa operi.

L'Assicurato, nella settimana successiva al ricovero, necessita di assistenza infermieristica a domicilio.

L'assistenza è garantita fino ad € 500 per sinistro

CASO A

Parcella dell'infermiere pari ad € 450.

Importo interamente indennizzato

CASO B

Parcella dell'infermiere pari ad € 600.

Restano a carico dell'Assicurato $600 - 500 = € 100$;

la Compagnia indennizza € 500.

Avvertenza: le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, come disciplinato dai seguenti articoli:

- Articolo 3 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione;
- Articolo A.4 - Rischio guerra

ai quali si rinvia per informazioni di dettaglio circa l'operatività delle condizioni di sospensione.

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 I 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 e variazioni nella professione

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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

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.

Ai sensi dell'Articolo A.9 delle Condizioni Generali di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un **cambiamento dell'attività professionale dichiarata**, senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di sinistro che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- 1) l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- 2) l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

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 (o poliennale), 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.**

Il frazionamento semestrale del premio può essere concesso purché l'importo della rata non sia inferiore a € 100, previo aumento del 3% 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

Avvertenza: dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, **e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.**

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Compagnia ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. **La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.**

Per ulteriori informazioni circa le specifiche 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, le aliquote applicate alle singole sezioni sono le seguenti:

- Sezione (A) | Infortuni: **2,50%**;
- Sezione (B) | Assistenza: **10%**.

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

La denuncia del sinistro deve essere **corredata da certificato medico** e deve contenere l'**indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento**, nonché una **dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento**.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; **nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze**.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

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 del Codice Civile.

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

Per ulteriori informazioni in merito alle spese di accertamento del danno e per visite mediche si rinvia all'Articolo A.21 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In relazione alla **Sezione (B) Assistenza**, la Compagnia ha affidato la gestione dei sinistri a Europ Assistance Italia S.p.A., come meglio indicato nell'Articolo B.3 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 esaustiva 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 sul grado di invalidità permanente, sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di

indennizzabilità previsti dall'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.

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.

Aeromobile:

la macchina per il trasporto aereo di persone o cose, come definita dalle norme vigenti.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Beneficiario:

gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Compagnia deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Compagnia:

ITAS Mutua.

Centrale di Telemedicina:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

la struttura della Struttura Organizzativa, costituita da medici ed operatori ed in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione ed all'erogazione del secondo parere medico.

Centro di eccellenza:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.

Centro medico di riferimento:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

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).

Inabilità temporanea:

la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

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, le quali per

conseguenza diretta ed esclusiva abbiano determinato la morte, un'invalità permanente oppure un'inabilità temporanea.

Ingessatura:

contenzione costituita da fasce, docce o altri presidi confezionati con gesso o materiale similare, stecche e tutori ortopedici immobilizzanti, rimovibili unicamente da personale medico o paramedico.

Intermediario:

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

Invalità permanente:

la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, **indipendentemente dalla sua professione.**

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:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prestazioni:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

i servizi prestati dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Ricovero:

la degenza con pernottamento presso un Istituto di cura.

Sforzo:

impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.

Sinistro:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione che per la Sezione B) Assistenza è il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa:

Valevole solo per la Sezione B) Assistenza

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 - 20135 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 alla Sezione C) Tutela Legale Garanzie Esclusive 50+

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.

Glossario relativo all'Appendice N. I Assicurazione Invalidità permanente da malattia

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

Invalidità permanente:

la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Insorgenza:

l'inizio, ancorché asintomatico, della malattia.

Malattia:

ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Manifestazione:

la sintomatologia oggettiva della malattia.

INFORTUNI

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

Norme che regolano l'assicurazione in generale Pag. 3

- Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 - Altre assicurazioni
- Art. 3 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione
- Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione
- Art. 5 - Aggravamento del rischio (vedi anche Articolo A.9)
- Art. 6 - Diminuzione del rischio
- Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi
- Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
- Art. 10 - Variazioni nella persona del Contraente
- Art. 11 - Variazioni del personale assicurato
- Art. 12 - Oneri fiscali
- Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

Norme che regolano la Sezione A) Infortuni Pag. 5

- Art. A. 1 - Rischio assicurato
- Art. A. 2 - Rischi esclusi
- Art. A. 3 - Rischio volo
- Art. A. 4 - Rischio guerra
- Art. A. 5 - Danni estetici
- Art. A. 6 - Limiti di età
- Art. A. 7 - Persone non assicurabili
- Art. A. 8 - Validità territoriale
- Art. A. 9 - Attività professionale diversa da quella dichiarata
- Art. A.10 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge
- Art. A.11 - Criteri di indennizzabilità
- Art. A.12 - Morte
- Art. A.13 - Morte presunta
- Art. A.14 - Commorienza
- Art. A.15 - Invalidità permanente
- Art. A.16 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

- Art. A.17 - Anticipo indennizzi per invalidità permanente
- Art. A.18 - Inabilità temporanea
- Art. A.19 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea
- Art. A.20 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali
- Art. A.21 - Modalità di valutazione del danno
- Art. A.22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Norme che regolano la Sezione B) Assistenza Pag. 11

- 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

Garanzie Complementari relative alla Sezione A) Infortuni Pag. 13

A) Indennità da ricovero per infortunio

- Art. i - Rischio assicurato
- Art. ii - Day hospital
- Art. iii - Indennità di convalescenza post-ricovero
- Art. iv - Anticipo dell'indennizzo
- Art. v - Criteri di liquidazione

B) Indennità da ingessatura per infortunio

- Art. vi - Rischio assicurato
- Art. vii - Criteri di liquidazione

C) Rimborso spese mediche per infortunio

- Art. viii - Rischio assicurato
- Art. ix - Esclusioni
- Art. x - Criteri di liquidazione

Condizioni Particolari relative alla Sezione A) Infortuni	Pag. 15
Tabella delle Attività Professionali	Pag. 17
Tabella INAIL	Pag. 20
Articoli del Codice Civile richiamati nel testo e nella scheda di polizza	Pag. 22
Condizioni particolari valevoli per i Soci-Assicurati di ITAS Mutua	Pag. 25

INFORTUNI

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.

Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dal Contraente o dall'Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione stessa con preavviso di almeno 30 giorni.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile il Contraente o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio:

- relative a polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, **a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;**
- relative a polizze di cui l'Assicurato benefici automaticamente in quanto titolare di carte di credito, conti correnti bancari od altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

Nel caso in cui la presente polizza sia stipulata da Aziende, Enti, Associazioni, Scuole, in forma cumulativa a favore dei propri dipendenti\collaboratori\associati\alunni, il Contraente o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula in proprio di altre assicurazioni per lo stesso rischio da parte dei singoli assicurati.

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 ed effetto dell'assicurazione

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 (o poliennale), preveda il frazionamento del premio, questo, essendo unico ed indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del contratto, **il Contraente è tenuto a corrispondere le rimanenti rate del premio stesso.**

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30°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.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio (vedi anche Articolo A.9)

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 o i suoi aventi diritto, 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.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

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 del Codice Civile.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Compagnia ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 9 - 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. 10 - Variazioni nella persona del Contraente

Valido nel caso in cui il Contraente sia un'azienda, un ente o un'associazione.

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi i quali sono solidamente obbligati a continuare l'assicurazione fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione l'assicurazione continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

Nel caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'ordine del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere l'assicurazione per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione dell'impresa Contraente con una o più imprese, l'assicurazione continua con l'impresa incorporante o con la nuova impresa costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione sociale.

Nel caso di scioglimento dell'impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Compagnia la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dall'assicurazione, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 11 - Variazioni del personale assicurato

Valido nel caso in cui il Contraente sia un'azienda, un ente o un'associazione.

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. **Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, la quale ne prende atto con appendice.**

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

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

Art. 12 - Oneri fiscali

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

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

Norme che regolano la Sezione A) Infortuni

Art. A.1 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che **non abbia carattere professionale**.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia **non di origine morbosa**;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- i morsi di animali e le punture di insetti, **escluse la malaria, le malattie tropicali nonché le malattie per le quali gli insetti sono in genere portatori necessari**;
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**;
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa che:
 - a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta l'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza), **fino ad un massimo di sessanta giorni**;
 - b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente **non superiore al 10%** della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Articolo A.21;
- gli esiti di rotture tendinee sottocutanee di:
 - a) tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
 - b) tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - c) tendine dell'estensore del pollice;
 - d) tendine del quadricipite femorale;
 - e) cuffia dei rotatori.

In tali casi la Compagnia liquiderà, indipendentemente dal quadro clinico obiettivo, un grado di invalidità pari al 4%, **con il massimo di € 6.000,00** senza l'applicazione

delle franchigie eventualmente previste.

- le conseguenze dirette di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono in garanzia anche:

- gli infortuni subiti in conseguenza di malore od in stato di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, nonché quelli causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile;
- gli infortuni causati da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile.

Art. A.2 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla 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;
- b) dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dall'Articolo A.3);
- c) da abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerra (salvo quanto previsto dall'Articolo A.4) ed insurrezioni;
- f) dalla 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);
- g) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- h) nell'esercizio di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- i) 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), arrampicata libera (freeclimbing), canoa fluviale, hydrospeed 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 (bungee jumping), speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), immersione con autorespiratore;

- l) nell'esercizio dei seguenti sport: 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 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 è compresa la pratica dei suddetti sport svolti esclusivamente a carattere ricreativo;
- m) durante le attività proprie del servizio militare prestato in qualunque forma, durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. A.3 - Rischio volo

Non valido per polizze di durata temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio non regolare di traffico civile.

Sono comunque esclusi i viaggi aerei effettuati:

- su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Art. A.4 - Rischio guerra

L'assicurazione è prestata anche durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Art. A.5 - Danni estetici

In caso di infortunio che comporti, oltre all'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Compagnia rimborserà un ulteriore importo massimo di

€ 5.000,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato a seguito di cure ed interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

Art. A.6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età compresa fra i 3 e gli 80 anni.

Nel caso in cui il compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato avvenga in corso di contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza del premio annuale successiva alla data in cui l'Assicurato compie l'ottantesimo anno di età. Successivamente a tale scadenza non sussisterà alcuna copertura e, specularmente, non sarà dovuto alcun premio dall'Assicurato. Alla scadenza contrattuale dell'annualità precedente a quella in cui l'Assicurato compie l'ottantesimo anno di età, la Compagnia provvede ad informare lo stesso del prossimo raggiungimento del limite massimo di età assicurabile e della conseguente cessazione dalla copertura.

Art. A.7 - 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.8 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia, il caso di inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. A.9 - Attività professionale diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Articoli 1, 5, 6 e A.2, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di sinistro che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- 1) l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- 2) l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

A tal fine per determinare il livello di rischio dell'attività effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività professionali" sotto riportata. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Dichiarata	Svolta al momento del sinistro			
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Classe A	100%	80%	53%	40%
Classe B	100%	100%	65%	50%
Classe C	100%	100%	100%	73%
Classe D	100%	100%	100%	100%

Art. A.10 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente polizza è stipulata dal Contraente in aggiunta ed in ogni caso indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future.

Art. A.11 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Articolo A.15 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.12 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Tale indennizzo viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per il caso di invalidità permanente. Pertanto, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio**, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. A.13 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione dell'art. 60 comma 3) del Codice Civile o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. A.14 - Commorienza

In caso di morte in un unico sinistro dei coniugi, entrambi assicurati con la presente polizza, la quota di indennizzo spettante ai figli minori conviventi e/o ai figli maggiorenni portatori di handicap sarà maggiorata del 50%. **In ogni caso la maggiorazione totale non potrà superare l'importo complessivo di € 100.000,00.**

Art. A.15 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata per invalidità permanente.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata **in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:**

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE

A. Parte superiore del corpo	destro		sinistro
di un occhio		25%	
di ambedue gli occhi		100%	
dell'udito (sordità completa di un orecchio)		10%	
dell'udito (sordità completa bilaterale)		40%	
di un arto superiore	70%		60%
di una mano o un avambraccio	60%		50%
di un pollice	18%		16%
di un indice	14%		12%
di un medio	8%		6%
di un anulare	8%		6%
di un mignolo	12%		10%
di una falange ungueale del pollice	9%		8%
di una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito	
B. Parte inferiore del corpo			
di un arto inferiore al di sopra della metà della coscia		70%	
di un arto inferiore al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%	
di un arto inferiore al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%	
di un piede		40%	
di ambedue i piedi		100%	
di un alluce		5%	
di un altro dito del piede		1%	
della falange ungueale dell'alluce		2,5%	
di un rene		15%	
della milza senza compromissioni significative della crisi ematica		10%	

ANCHILOSI

A. Parte superiore del corpo	destro		sinistro
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%		20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%		15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%		8%
B. Parte inferiore del corpo			
dell'anca in posizione favorevole		35%	
del ginocchio in estensione		25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto		10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica		15%	

PARALISI COMPLETA

	destro		sinistro
del nervo radiale	35%		30%
del nervo ulnare	20%		17%
del nervo sciatico popliteo esterno		15%	

(segue)

(segue)

ESITI DI FRATTURA

	destro	sinistro
scomposta di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	
• 12 ^a dorsale	10%	
• una vertebra lombare	10%	
del sacro	3%	
del coccige con callo deforme	5%	

STENOSI NASALE ASSOLUTA

	destro	sinistro
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	

In caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, in riferimento alle percentuali dei casi sopra riportati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, **indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.**

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **con il massimo del 100%.**

Nel caso l'infortunio determini menomazioni di uno o più dei segmenti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma aritmetica **fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.**

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente **tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.** L'accertamento del grado di invalidità viene effettuato in Italia.

Art. A.16 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- **sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza liquidando per i primi cinque punti di invalidità permanente accertata le seguenti percentuali della somma stessa:**

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2,5

- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;**
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino al massimo della somma assicurata, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.**

Art. A.17 - Anticipo indennizzi per invalidità permanente

Trascorsi centoventi giorni dalla data di accadimento del sinistro, l'Assicurato può richiedere, previa presentazione di idonea documentazione medico legale, il pagamento di un anticipo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del danno.

Questo anticipo sarà dovuto **sempreché non sussistano ragionevoli o giustificati dubbi circa l'indennizzabilità del sinistro e sia prevedibile un grado di invalidità permanente superiore al 25%.** L'acconto non potrà comunque essere superiore a € 150.000,00, qualunque sia l'ammontare stimato del sinistro.

Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Compagnia sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

Art. A.18 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) **integralmente**, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) **parzialmente**, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea, che è corrisposto per il periodo della necessaria cura medica, **decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia.** Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Articolo 7, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, **salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.**

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto **per un periodo massimo di 365 giorni** ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, indennità da ricovero per infortunio (o indennità da ingessatura per infortunio) e rimborso spese mediche per infortunio.

Art. A.19 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) se la somma assicurata per inabilità temporanea è **pari o inferiore a € 25,00**, l'indennizzo sarà corrisposto **dalle ore 24 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;**
- b) se la somma assicurata per inabilità temporanea è **superiore a € 25,00**, l'indennizzo sarà corrisposto **dalle ore 24 del decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.**

Indipendentemente dalla somma assicurata, la franchigia:

- c) è ridotta a 5 giorni quando le prime cure mediche conseguenti all'infortunio siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero;
- d) è ridotta a 3 giorni qualora l'infortunio comporti un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui sopra verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Art. A.20 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la Compagnia in conseguenza di un

unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. A.21 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, sulla durata dell'inabilità temporanea o del ricovero o del periodo di ingessatura, sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Articolo 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.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici 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 dell'art. 3 del Codice del consumo (D.Lgs. 206/2005).

Art. A.22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Norme che regolano la Sezione B) Assistenza

Art. B.1 - Prestazioni

A. Organizzazione degli spostamenti

In caso di necessità, **fino a 2 volte la settimana**, potrà essere fornito all'Assicurato un accompagnatore per recarsi dal medico o presso uffici pubblici.

B. 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.

C. Consulenza geriatrica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista potrà, mettendosi in comunicazione direttamente o tramite il proprio medico curante con il servizio medico della Struttura Organizzativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

D. Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura - centri diagnostici - laboratori di analisi

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici od esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico od il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso. Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

E. Ricerca di struttura attrezzata di lungo degenza

Qualora l'Assicurato non sia più in grado di rimanere nel suo domicilio e preferisca essere ricoverato in una casa di accoglienza, verranno forniti:

- consulenza sulle migliori soluzioni possibili;
- indirizzo delle strutture;
- caratteristiche dei servizi e tariffe applicate.

F. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di un

trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, verrà inviata direttamente un'autoambulanza, **sostenendone le spese fino a concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

G. Trasporto in autoambulanza o taxi a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, verrà inviata direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato e ad un eventuale accompagnatore di raggiungere la propria abitazione, **sostenendone le spese fino ad un massimo di € 150,00 per sinistro.**

H. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone la Compagnia l'onorario **fino ad un massimo di € 500,00 complessivi per sinistro.**

I. Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, derivanti da infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarlo con oneri a carico della Compagnia **fino ad un massimo di € 500,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.**

L. Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

M. Consegna medicinali a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei medicinali rimane a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

N. Prelievo sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di effettuare un prelievo, la Struttura Organizzativa invierà al suo domicilio un medico per effettuare il prelievo, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della deteriorabilità del sangue prelevato. La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario del medico inviato, mentre **restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti diagnostici.**

La presente prestazione potrà essere richiesta dall'Assicurato anche indipendentemente da un infortunio o malattia, anche sul posto di lavoro, ed **in questo caso il costo del servizio rimarrà interamente a carico dell'Assicurato stesso.**

O. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato 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, sostenendone le spese, ad:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- 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.

P. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui alla precedente lettera O), venga dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone le spese, al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Q. MAP (Medical Advise Program)

La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

Se l'Assicurato, a seguito di infortuni diagnosticati o trattati terapeuticamente, necessita di consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute, potrà contattare direttamente o tramite il proprio medico curante i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

La Struttura Organizzativa metterà in contatto l'Assicurato, o il medico curante, con la centrale di telemedicina.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante dovranno spiegare ai medici della centrale di telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica. I medici della centrale di telemedicina, inquadrato il caso con l'Assicurato o il medico curante, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al centro medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche e ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata nel più breve tempo possibile all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa.

Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Concordata con la centrale di telemedicina e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ecc.) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla video conferenza. La Compagnia terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di € 500,00 per sinistro.**

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

- a) La garanzia Assistenza è operante - ove non espressamente derogato - esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- b) Tutte le prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.
- c) 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.
- d) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - 1) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - 2) dolo dell'Assicurato;
 - 3) suicidio o tentato suicidio;
 - 4) 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;
 - 5) malattie nervose e mentali;
 - 6) 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.
- e) 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.
- f) 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 a quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- g) Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- h) La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le

controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

- i) 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.

Garanzie complementari relative alla Sezione A) Infortuni

Valide a condizione che nel frontespizio di polizza sia stata indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo premio.

A) Indennità da ricovero per infortunio

Art. I - 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 indennizzabile a termini di polizza.

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

Art. II - 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 indennizzabile a termini di polizza.**

Sono esclusi i day hospital per visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Art. III - 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 al doppio di quelli del ricovero con il massimo di 15 giorni.**

Art. IV - 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 **sempreché non sussistano ragionevoli o giustificati dubbi circa la indennizzabilità del sinistro.**

Art.V - 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.**

B) Indennità da ingessatura per infortunio

Art.VI - Rischio assicurato

Se a seguito di infortunio - indennizzabile a termini di polizza - all'Assicurato sia stata applicata un'ingessatura, **limitatamente al tronco ed ai grandi segmenti articolari**, la Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato stesso non sia stato in grado di attendere autonomamente alle occupazioni professionali principali e secondarie dichiarate, per un periodo **massimo di 60 giorni per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.**

Sono incluse nell'assicurazione le ingessature che riguardano le singole dita della mano o del piede **purché compertino**

l'immobilizzazione totale del corrispondente segmento articolare. **Detta indennità non è cumulabile con quella da ricovero per infortunio compresa l'eventuale indennità di convalescenza post-ricovero;** nel caso di coesistenza viene riconosciuta quella più favorevole all'Assicurato.

Art.VII - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza **dietro presentazione dei documenti giustificativi che ne riportino l'esatta durata. La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella di rimozione sono considerate un'unica giornata.**

C) Rimborso spese mediche per infortunio

Art.VIII - Rischio assicurato

La Compagnia rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza a tale titolo, **per ogni sinistro e per anno assicurativo**, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- **in caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico -**
 - a) gli onorari dei medici chirurghi;
 - b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
 - d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali**), effettuate nel periodo di ricovero e **sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;**
 - e) le rette di degenza, **esclusa ogni spesa di natura alberghiera;**
 - f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **entro il limite del 10% della somma assicurata;**
- **in caso di sinistro senza ricovero -**
 - a) gli onorari dei medici chirurghi;
 - b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
 - d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali**), **sino al 45° giorno successivo a quello dell'infortunio, con il massimo di € 400,00 per sinistro;**
 - e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, **entro il limite del 10% della somma assicurata con il massimo di € 500,00.**

Art. IX - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le spese odontoiatriche, quelle necessarie al rilascio delle notule dei medici di parte e quelle necessarie per la stesura delle relazioni medico-peritali.

Art. X - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto e su **presentazione in originale dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati, e della certificazione medica (compresa l'eventuale cartella clinica completa).**

A richiesta dell'Assicurato la Compagnia restituisce i documenti giustificativi previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei predetti documenti per ottenere il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di una certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta corrente in Italia.

Per tutto quanto non regolato dalle presenti Garanzie Complementari, valgono le Condizioni Generali di Assicurazione e le vigenti norme di legge.

Condizioni particolari relative alla Sezione A) Infortuni

Valide soltanto se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza.

a) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità.

b) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità, nonché per gli infortuni in itinere come da art. 12 del D.Lgs. n. 38/2000.

c) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella INAIL)

Non congedabile in abbinamento alla Condizione Particolare f).

A parziale deroga dell'articolo A.15, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella, riportata in calce alla polizza, di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

La Compagnia rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

d) Franchigia assoluta per invalidità permanente L'articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- **sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00**, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di

polizza senza applicazione di alcuna franchigia;

- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
 - **sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino al massimo della somma assicurata**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- e) **Franchigia differenziata per invalidità permanente**
L'articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:
- In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:
- **sulla parte della somma assicurata fino a € 150.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; tuttavia, se l'invalidità permanente accertata supera il 20% della totale, non verrà applicata la suddetta franchigia;
 - **sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
 - **sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino al massimo della somma assicurata**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- f) **Tabella per il calcolo dell'indennizzo dell'invalidità permanente**
L'articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:
- In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata secondo lo schema che segue:

Grado di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	15
21	17
22	19
23	21
24	23
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	32
32	34
33	36
34	38
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70

Grado di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
51	72
52	74
53	76
54	78
55	80
56	82
57	84
58	86
59	88
60	90
61	92
62	94
63	96
64	98
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Classe di rischio "A"

- Agenti:
 - cinematografici
 - di borsa/cambio
 - di commercio/industria **occupati solo in ufficio**
 - di pubblicità
 - di viaggio
 - immobiliari
 - marittimi
 - teatrali
- Albergatori **senza lavoro manuale**
- Amministratori di beni propri o altrui
- Antiquari (**solo vendita**)
- Architetti **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**
- Artigiani **senza lavoro manuale**
- Avvocati
- Barbieri
- Benestanti senza altre occupazioni
- Biologi
- Casalinghe
- Clero (appartenenti al)
- Commercialisti
- Commercianti (proprietari e/o addetti) **solo servizio clienti, senza lavoro manuale (esclusi gioiellieri e orefici)**
- Consiglieri di amministrazione
- Consulenti del lavoro
- Consulenti **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Dirigenti **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Disegnatori **senza accesso a cantieri ed officine**
- Estetisti, callisti, manicure
- Farmacisti
- Fisioterapisti
- Fotografi
- Geometri **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**

- Impiegati e quadri **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Imprenditori (**esclusi agricoltori**) **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature e senza lavoro manuale**
- Indossatori
- Infanti
- Infermieri
- Ingegneri **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Insegnanti (**esclusi quelli di educazione fisica**)
- Magistrati
- Massaggiatori
- Medici
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetrici
- Ottici, optometristi
- Parrucchieri
- Pensionati
- Pittori **solo di quadri**
- Postini
- Procuratori legali
- Psicologi
- Pubblicitari
- Ristoratori **senza lavoro manuale**
- Sarti
- Scrittori
- Studenti
- Vetrinisti

Classe di rischio "B"

- Addetti in imprese di pulizie
- Agenti di commercio/industria occupati anche all'esterno
- Agricoltori **senza uso di macchine**
- Agronomi

- Albergatori con lavoro manuale
- Allenatori sportivi
- Allevatori di bestiame **senza lavoro manuale**
- Antiquari con restauro **solo di quadri**
- Apicoltori
- Architetti con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Assistenti sociali
- Autisti di autovetture in servizio pubblico e privato
- Autotrasportatori **senza guida di autocarri**
- Ballerini
- Baristi
- Benzinai
- Bidelli
- Calzolai
- Camerieri
- Cantanti
- Ceramisti
- Collaboratori familiari
- Commercianti (proprietari e/o addetti) con lavoro manuale, **esclusi quelli appartenenti alle classi di rischio "C", "D" e "R.E."**
- Consulenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Coreografi
- Corniciai
- Direttori d'orchestra
- Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Disegnatori con accesso a cantieri ed officine
- Enologi, enotecnici
- Facchini (portabagagli)
- Fattorini
- Floricoltori
- Geometri con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Gestori di autorimesse (**senza autoriparazione**)
- Giardinieri **senza potatura di alberi**
- Gioiellieri
- Giornalisti
- Gommisti (riparazione e vendita)
- Grafici
- Guardiacaccia
- Guardiapesca
- Guide turistiche, **escluse guide alpine**
- Imbianchini **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**
- Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Imprenditori (**esclusi agricoltori**) con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature e **senza lavoro manuale**
- Ingegneri con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Insegnanti di educazione fisica
- Istruttori di scuola guida
- Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, **senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Litografi
- Musicisti
- Orefici
- Paramedici
- Periti (**esclusi periti navali**)
- Pizzaioli
- Portieri di stabili **senza conduzione caldaie**
- Rappresentanti
- Restauratori (**solo di quadri**)
- Riparatori radio - TV, elettrodomestici, videogiochi, **senza installazione di antenne**
- Ristoratori con lavoro manuale
- Scenografi
- Spedizionieri
- Tappezzieri
- Tassisti
- Tipografi
- Veterinari
- Vigili urbani **non motociclisti**
- Vivaisti

Classe di rischio "C"

- Antiquari con restauro in genere
- Artigiani **senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Autotrasportatori con guida di autocarri di portata **fino a 4 t. a pieno carico**
- Bagnini
- Carrozzeri di autoveicoli
- Casari
- Cavaioi **senza uso di mine**
- Chimici **non a contatto con esplosivi od energia nucleare**
- Commercianti (proprietari e/o addetti) con lavoro manuale:
 - di bestiame
 - di calce, cemento
 - di combustibili
 - di legnami
 - di materie ferrose
- Cuochi
- Elettrauti
- Elettricisti che lavorano **solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione (<600 V. corrente continua e < 400 V. corrente alternata)**

- Fornai
- Geologi
- Idraulici
- Imbianchini con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Marmisti **senza accesso a cave**
- Meccanici di autofficina
- Netturbini
- Orafi
- Pavimentatori, piastrellisti
- Periti navali
- Portieri di stabili con conduzione caldaie
- Registi
- Restauratori in genere
- Scultori

Classe di rischio "D"

- Abbattitori di piante, boscaioli
- Agricoltori con uso di macchine
- Allevatori di bestiame con lavoro manuale
- Artigiani con uso di macchine e/o con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Autisti di autobus, motocarri, macchine operatrici
- Autotrasportatori con guida di autocarri di portata superiore a 4 t. a pieno carico
- Carpentieri
- Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
- Fabbri
- Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere
- Falegnami
- Giardinieri con potatura di alberi
- Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e/o con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Macellai con partecipazione ad attività di macellazione
- Muratori
- Operai
- Pescatori
- Portavalori
- Riparatori radio - TV, elettrodomestici, videogiochi, con installazione di antenne
- Vetrai
- Vigili urbani motociclisti

Rischi classificati "R.D."

(Riservati alla Direzione)

- Agenti e mediatori di assicurazioni
- Arbitri sportivi
- Attori
- Battellieri
- Cavaioli con uso di mine
- Fotoreporter
- Giocolieri
- Guardie notturne/giurate
- Marinai
- Marittimi
- Marmisti con accesso a cave
- Personale di volo (**esclusi i piloti**)
- Speleologi

Rischi classificati "R.E."

(Rischi esclusi)

- Acrobati
- Agenti:
 - di custodia
 - di pubblica sicurezza
- Artificieri
- Calciatori
- Carabinieri
- Cavallerizzi
- Chimici a contatto con esplosivi od energia nucleare
- Collaudatori di veicoli o natanti a motore
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di esplosivi
- Commissari di pubblica sicurezza
- Corridori
- Domatori
- Fantini
- Giostrai
- Guardia di finanza (appartenenti alla)
- Guide alpine
- Militari in servizio effettivo
- Minatori
- Palombari
- Piloti in genere
- Pirotecnici
- Pugili
- Sommozzatori
- Vigili del fuoco

N.B.: la descrizione di alcune attività professionali potrà essere riportata nella scheda di polizza in forma abbreviata.

TABELLA INAIL

TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Allegato n. I al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124

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

TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITÀ PERMANENTE (SEGUE)

Descrizione	Percentuali	
	destro	sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carptica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda 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'avanpiede 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 dà luogo ad alcuna indennità; ma, ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

N.B.: in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

Note:

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

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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NEL TESTO E NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Gli articoli sono riportati integralmente; nel testo e nella scheda di polizza può essere fatto riferimento anche soltanto ad una parte degli stessi.

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni

alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

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

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

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

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

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi

abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome e per conto di terzi

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

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni dell'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o

all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

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.

INFORTUNI

GARANZIE ESCLUSIVE 50+

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

A) Trattamenti fisioterapici in caso di sinistro senza ricovero	Pag. 2
B) Garanzia Assistenza	Pag. 2
Sezione C) 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 Infortuni 2U 50+	Pag. 6
Infortuni 2U 50+	Pag. 7
Le garanzie in breve	Pag. 8
Sezione Assistenza	Pag. 9
Le tue domande	Pag. 10
Denuncia di sinistro su Polizza Infortuni 2U 50+	Pag. 11
Infortuni 2U 50+ Garanzie esclusive Garanzia Assistenza	Pag. 13

INFORTUNI

GARANZIE ESCLUSIVE 50+

A) Trattamenti fisioterapici in caso di sinistro senza ricovero

La presente estensione di garanzia è concessa gratuitamente, alle condizioni contenute nel modello n. I 320/4 ove non espressamente derogate, a favore del Contraente e/o degli altri Assicurati che abbiano compiuto i 50 anni di età, purché per ciascuno di loro sia stata assicurata la Garanzia Complementare C) Rimborso spese mediche per infortunio e sia stato pagato il relativo premio.

A parziale deroga dell'art. VIII lettera d) della Garanzia Complementare C), in caso di sinistro senza ricovero, la Compagnia rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza per detta garanzia, per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure termali) sino al 45° giorno successivo a quello dell'infortunio. Si intende pertanto annullato il limite di € 400,00 previsto in polizza.

B) Garanzia Assistenza

Le seguenti prestazioni vengono concesse, alle condizioni contenute nel modello n. I 320/4 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 garanzia Assistenza 50+ e sia stato corrisposto il relativo sovrappremio. Tali prestazioni sono concedibili solo se sottoscritta in polizza la Sezione Assistenza e sono riservate agli Assicurati a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico.

Prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del

ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto. Inoltre, qualora l'Assicurato necessiti, nel periodo post-ricovero di cui sopra, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali oppure nei giorni festivi, l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Struttura Organizzativa, nei 30 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, ne organizzerà l'invio fino ad un massimo di 3 volte per ricovero. I costi sono a carico della Compagnia.

Servizi Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Servizi non Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Sezione C) Tutela Legale

Le seguenti prestazioni vengono concesse, alle condizioni contenute nel modello n. I 320/4 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 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

- a. Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, la Compagnia si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
- b. 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.
- c. La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale **se l'impugnazione presenta possibilità di successo.**
- d. 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.**
- e. L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti **viene concordata con la Compagnia.**
- f. La Compagnia non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.
- g. **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

- a. Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.
- b. **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:

- a. **per l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'Assicurato esclusivamente in conseguenza degli interventi chirurgici: nel mondo intero;**
- b. **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 per gli infortuni **con una invalidità permanente accertata pari o superiore ai 5 punti** 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 Infortuni. 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 Infortuni.
- sostenere controversie in materia di lavoro per cause di mobbing conseguenti all'infortunio subito e garantito in polizza.

Art. C.10 - Esclusioni

Le garanzie non sono valide:

- a. in materia fiscale ed amministrativa;
- b. **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;**
- c. per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- d. per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
- e. per fatti dolosi delle persone assicurate;
- f. per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- g. per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- h. **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;

- i. 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;
- l. 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 320/4 50+ contenente le Garanzie esclusive 50+ costituisce allegato al modello di polizza n. I 320/4 formandone parte integrante.

GUIDA ALLA TUA POLIZZA INFORTUNI ^{2U} 50+

Cosa è la Polizza Infortuni 2U 50+

Gentile Assicurato,

Infortuni 2U 50+ è la polizza di ITAS Mutua valida in tutto il mondo e personalizzabile che, a seconda delle garanzie da te prescelte, può coprire:

- **Caso Morte**
- **Caso Invalidità Permanente**
- **Caso Inabilità Temporanea**
- **Indennità da ricovero per infortunio**
- **Indennità da ingessatura per infortunio**
- **Rimborso spese mediche per infortunio**

La polizza vale per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento delle attività professionali, principali e secondarie, e nello svolgimento di ogni altra attività non avente carattere professionale, ovvero durante lo svolgimento di qualsiasi attività quotidiana, occupazioni familiari o domestiche, nei momenti di svago, nel tempo libero, nell'ambito della circolazione stradale, su tutti i mezzi di trasporto quali auto, treni, tram, bus, etc. Inoltre è possibile includere la **Sezione Assistenza** che assicura, in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, prestazioni quali, ad esempio, consulenza medica, second opinion, etc.

Cosa è questo fascicolo

Questo fascicolo è uno strumento che ti può aiutare nella lettura della tua polizza Infortuni 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 Infortuni 2U contraddistinto come modello n. I 320/4 e dalle Garanzie esclusive 50+ modello n. I 320/4 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 hai subito un infortunio 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:



INFORTUNI ^{2U} 50+

Puoi scegliere di assicurare te stesso ed i tuoi familiari personalizzando per ciascuno le garanzie prestate e le somme assicurate.

Cosa è coperto

Tra le principali coperture per gli infortuni da te subiti, ti segnaliamo quelli dovuti a:

- asfissia, avvelenamenti, annegamento, assideramento, congelamento, colpi di sole e di calore;
- morsi di animali, punture di insetti e lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- tumulti popolari od atti di terrorismo, a condizione che tu non abbia preso parte attiva.

La polizza copre anche gli infortuni da te subiti quando viaggi come passeggero su aeromobili (velivoli ed elicotteri) in servizio pubblico di linee aeree regolari.

Sono inoltre compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante la pratica, a titolo esclusivamente ricreativo anche dei seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, sci, sport equestri, tennis, ginnastica etc.

La disciplina completa degli eventi garantiti è contenuta nelle Norme che regolano la Sezione A) Infortuni 2U del modello n. I 320/4.

Cosa non è coperto

Tra le principali esclusioni, ti segnaliamo gli infortuni causati:

- dalla guida di veicoli e natanti a motore se sei privo dell'abilitazione richiesta;
- da abuso di alcolici e di psicofarmaci;
- dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- da reati dolosi da te compiuti o tentati;
- dalla partecipazione ad imprese, anche sportive di carattere eccezionale o ad azioni temerarie quali ad es. spedizioni esplorative, regate oceaniche, sci estremo etc;
- da insurrezione, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;

e quelli occorsi durante:

- l'esercizio di sport con uso di veicoli e natanti a motore;
- l'esercizio di alcune discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo quali ad es. pugilato, freeclimbing, speleologia, immersione con autorespiratore, etc.

La disciplina completa delle esclusioni è contenuta nelle Norme che regolano la Sezione A) Infortuni 2U del modello n. I 320/4.

Solo per te che hai più di 50 anni:

Tu ed i tuoi familiari che abbiano compiuto 50 anni avete diritto alle seguenti garanzie:

- **gratuitamente**
 - Trattamenti fisioterapici, resisi necessari a seguito di sinistro che non abbia comportato ricovero, sino al 45° giorno successivo a quello dell'infortunio e sino alla concorrenza della somma assicurata per la garanzia Rimborso spese mediche.

- **corrispondendo un piccolo sovrappremio**

- **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 erogazione di prestazioni previdenziali o "mobbing", per i casi per i quali è prevista la copertura Infortuni.

La disciplina completa di queste estensioni di garanzia è contenuta nel modello n. I 320/4 50+ Garanzie esclusive 50+.

LE GARANZIE IN BREVE

Morte	<p>Ai beneficiari da te designati o, in mancanza, ai tuoi eredi in parti uguali, corrisponiamo la somma assicurata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se - fai pure i debiti scongiuri - muori entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite; • se a seguito di incidente causato dalla circolazione terrestre o aerea o dalla navigazione marittima, dopo due anni dalla tua scomparsa il tuo corpo non viene più ritrovato, a condizione che l'Autorità Giudiziaria abbia dichiarato la tua morte presunta e che la tua scomparsa sia stata registrata negli atti dello stato civile. 						
Invalidità Permanente	<p>Se entro due anni dal giorno del tuo infortunio ti viene riscontrata un'invalidità permanente noi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accertiamo il grado di invalidità sulla base delle percentuali stabilite in polizza: - in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante la somma delle singole percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%; - in caso di riduzione della funzionalità, le percentuali di cui sopra vengono ridotte in proporzione al danno subito; - nei casi non specificati, il grado di invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi previsti, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato; - in caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il sinistro e viceversa. • dopo aver considerato le franchigie contrattualmente previste, liquidiamo un'indennità applicando la percentuale accertata sulla somma assicurata. 						
Invalidità Temporanea	<p>In caso di infortunio che ti impedisca di svolgere a pieno ritmo la tua normale occupazione, ti corrisponiamo l'indennità prevista in polizza – integralmente o parzialmente – per un periodo massimo di 365 giorni come da tabella che segue:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Somma assicurata</th> <th>Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ a € 25</td> <td>7 giorni dall'infortunio</td> </tr> <tr> <td>> a € 25</td> <td>10 giorni dall'infortunio</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ti ricordiamo che la franchigia è ridotta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a 5 giorni se le prime cure ti vengono prestate e certificate da un Pronto Soccorso Ospedaliero; • a 3 giorni se l'infortunio comporta una degenza in un istituto di cura pari o superiore a tre giorni. 	Somma assicurata	Franchigia	≤ a € 25	7 giorni dall'infortunio	> a € 25	10 giorni dall'infortunio
Somma assicurata	Franchigia						
≤ a € 25	7 giorni dall'infortunio						
> a € 25	10 giorni dall'infortunio						
Indennità da ricovero per infortunio	<p>Se vieni ricoverato in un Istituto di cura a seguito di infortunio, ti corrisponiamo l'indennità prevista in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, per un massimo di 250 giorni per ogni ricovero e per anno assicurativo. Ed inoltre ti viene riconosciuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Indennità di convalescenza post-ricovero</i> pari al 75% della tua diaria, in caso di ricovero che abbia determinato almeno 3 pernottamenti; • <i>Day hospital</i>: la diaria da ricovero ti viene riconosciuta al 50%, se il tuo Day Hospital per terapie chirurgiche e mediche a seguito di infortunio si protrae per almeno 2 giorni anche non consecutivi sino ad un massimo di 15 giorni. 						
Indennità da ingessatura per infortunio	<p>In caso di ingessatura limitatamente al tronco ed ai grandi segmenti articolari, ti corrisponiamo l'indennità prevista in polizza per ciascun giorno in cui non sei stato in grado di attendere autonomamente alle tue occupazioni, per un massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Questa indennità non è cumulabile con quella da Ricovero.</p>						
Rimborso spese mediche per infortunio	<p>Ti rimborsiamo sino alla somma prevista in polizza per le spese mediche da te sostenute, ad esempio per gli onorari dei medici chirurghi, le analisi di laboratorio ed i relativi tickets, i medicinali prescritti dal tuo medico curante, etc.</p>						

RICORDATI CHE:

Limiti di età	<p>L'assicurazione Infortuni può essere prestata per le persone di età compresa fra i 3 e gli 80 anni. Le Garanzie esclusive 50+ possono essere prestate solo per le persone che abbiano compiuto 50 anni.</p>
Persone non assicurabili	<p>Non è possibile assicurare persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.</p>

SEZIONE ASSISTENZA

L'assicurazione è prestata in collaborazione con Europ Assistance.

Cosa è coperto

Nella Sezione Assistenza, tra le principali prestazioni ti segnaliamo:

- consulenza medica;
- consulenza geriatrica;
- ricerca e prenotazione di istituti di cura, centri diagnostici e laboratori di analisi;
- trasporto in autoambulanza o taxi;
- invio di un infermiere o di un fisioterapista a domicilio;
- consegna esiti e medicinali a domicilio;
- prelievo del sangue a domicilio;
- trasferimento in centro ospedaliero attrezzato e rientro;
- second opinion (seconda consulenza sulla diagnosi già effettuata).

La disciplina completa delle esclusioni è contenuta nelle Norme che regolano la Sezione B) Assistenza del modello n. I 320/4.

Cosa non è coperto

Nella Sezione Assistenza, tra le principali esclusioni, ti segnaliamo i sinistri:

- provocati o dipendenti da guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- causati da te volontariamente;
- derivanti dallo svolgimento di alcune discipline sportive, quali ad esempio alpinismo con scalata di roccia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sport aerei in genere, etc.;
- derivanti da malattie nervose e mentali e/o dall'abuso di alcolici e psicofarmaci.

La disciplina completa delle esclusioni è contenuta nelle Norme che regolano la Sezione B) Assistenza del modello n. I 320/4.

Solo per te che hai più di 50 anni:

Tu ed i tuoi familiari che abbiano compiuto 50 anni, corrispondendo un piccolo sovrapprezzo, potrete usufruire anche delle seguenti garanzie di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) a seguito di ricovero:

- **Ospedalizzazione domiciliare** - invio di personale medico e/o paramedico a domicilio;
- **Servizi sanitari** - effettuazione di esami diagnostici a domicilio,

- consegna e ritiro degli esiti degli esami, invio di farmaci urgenti;
- **Servizi non sanitari** - invio di personale di servizio per lo svolgimento di attività della vita familiare quotidiana, come per esempio incombenze amministrative, sorveglianza minori, etc.

La disciplina completa di queste estensioni di garanzia è contenuta nel modello n. I 320/4 50+ Garanzie esclusive 50+.

LE TUE DOMANDE

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

Sì, il premio pagato per le garanzie Morte e Invalidità Permanente è fiscalmente detraibile ai sensi della normativa fiscale vigente dal 1° gennaio 2001.

Sarà nostra cura inviarti annualmente una comunicazione indicando la quota di premio utilizzabile ai fini della detrazione d'imposta.

2. Posso stipulare contemporaneamente più polizze infortuni con diverse Compagnie?

Sì, è possibile. Devi però comunicarci per iscritto 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. Inoltre qualora le somme assicurate con le altre polizze superino complessivamente il 50% di quelle garantite con Tua polizza infortuni ITAS Mutua, abbiamo la facoltà di recedere dall'assicurazione stessa.

3. Cosa si intende per franchigia?

La franchigia è la parte di danno indennizzabile che rimane a Tuo carico espressa in percentuale per il caso di Invalidità Permanente od in numero di giorni per le garanzie Inabilità Temporanea e Diaria.

4. Se non desidero rinnovare la polizza, cosa devo fare?

È sufficiente inviarcì una comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza della Tua polizza.

5. Che differenza c'è tra una polizza infortuni ed una polizza vita?

La polizza infortuni assicura lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano determinato la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea, conseguenza diretta ed esclusiva di un evento fortuito, violento ed esterno. Nell'assicurazione sulla vita l'impresa di assicurazione è obbligata a pagare un capitale o una rendita al verificarsi dell'evento assicurato (morte, sopravvivenza).

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI ²⁰ 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. _____
(intestataria polizza)

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

Beneficiario (in caso di morte dell'Assicurato, indicare il soggetto che richiede l'indennizzo)

Descrizione dell'evento

1) Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto

2) Narrazione del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze

Tipo di sinistro

morte lesioni ricovero in istituto di cura dal _____ al _____ gesso dal _____ al _____
 spese mediche sostenute e documentate _____

2) Nome e indirizzo delle persone testimoni dell'infortunio (se presenti)

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

5) Si allega documentazione? Se sì, quale (certificati medici, cartella clinica, ecc.)?

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Per eventuali chiarimenti rivolgersi al Numero Verde 800-494.328

INFORTUNI 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.

