



Contratto di Assicurazione

INFORTUNI DELLA FAMIGLIA 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 della famiglia 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

L'assicurazione vale per gli **infortuni extra professionali e del tempo libero** occorsi alle persone che, alla data del sinistro, risultano iscritte nello Stato di famiglia del Contraente. L'assicurazione può essere prestata anche a favore di eventuali altri familiari conviventi, non compresi nello Stato di famiglia del Contraente, a condizione che siano indicati nel

frontespizio di polizza.

Per ulteriori informazioni in merito alla copertura assicurativa offerta e per esempi di infortuni extra professionali e del tempo libero, si rinvia all'Articolo 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per le persone assicurate facenti parte del nucleo familiare, la garanzia è prestata complessivamente per i **capitali indicati nel frontespizio di polizza** sulla base della combinazione prescelta. I capitali assicurati per ciascuna persona si ottengono dividendo i capitali complessivi per il numero delle persone assicurate.

Per ulteriori informazioni in merito ai capitali assicurati, si rinvia all'Articolo 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le **garanzie complementari**, prestate nei limiti delle somme assicurate relative alla combinazione scelta, sono:

- **Indennità da ricovero per infortunio.**
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.
Sono inoltre previste, a determinate condizioni, indennità in caso di ricovero in regime di Day Hospital e di convalescenza.
Si rinvia all'Articolo 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione per aspetti di maggiore dettaglio.
- **Rimborso spese mediche per infortunio.**
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 chirurgici;
 - 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 chirurgici;
- b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
- c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
- d) 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.**

Si rinvia all'Articolo 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione per aspetti di maggiore dettaglio.

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

- a) **dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dall'art. 12);**
- b) **da abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;**
- c) **da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- d) **da guerra (salvo quanto previsto dall'art 16), insurrezioni, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;**
- e) **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);**
- f) **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:

- g) **nell'esercizio di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;**
- h) **nell'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme,**

scalata di roccia o ghiaccio oltre il grado terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, canoa fluviale e rafting, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby e football americano, tuffi controllati da corda elastica, speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), immersione con autorespiratore;

- i) **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 semi professionistico; 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.**

Inoltre, ai sensi dell'Articolo 18 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 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione, **la copertura può essere prestata alle persone di età compresa tra i 3 e gli 80 anni.** L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Avvertenza: per informazioni di dettaglio circa la presenza di **franchigie e limiti di indennizzo**, si rinvia alle disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione, in particolare agli Articoli 25, 26, 27, 28 e 29.

Si riporta qui di seguito un **esempio numerico** di come, in concreto, la franchigia operi in riferimento alle garanzie sottoriportate.

INVALIDITÀ PERMANENTE**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 100.000

Invalidità permanente accertata= 3%

- non viene corrisposto alcun indennizzo, in quanto la percentuale della lesione rientra nella franchigia contrattuale, pari al 3%

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 250.000

Invalidità permanente accertata= 10%

- fino ad € 100.000 viene liquidata l'eccedenza alla franchigia del 3%: $100.000 \times 7\%$ (10% - 3% di franchigia) = € 7.000;
- da € 100.000 ad € 200.000 viene corrisposta l'eccedenza al 5%: $100.000 \times 5\%$ (10% - 5% di franchigia) = € 5.000;
- da € 200.000 ad € 250.000 non viene corrisposto nulla, in quanto la lesione rientra nella franchigia contrattuale, pari al 10%.

Totale complessivo: € 12.000

CASO C

SOMMA ASSICURATA = € 250.000

Invalidità permanente accertata= 25%

- fino ad € 100.000 viene liquidato l'intero importo, senza applicazione di franchigia, poiché l'invalidità accertata supera il 20% della totale: $100.000 \times 25\%$ = € 25.000;
- da € 100.000 ad € 200.000 viene liquidata l'eccedenza al 5%: $100.000 \times 20\%$ (25% - 5% di franchigia) = € 20.000;
- da € 200.000 ad € 250.000 viene liquidata l'eccedenza al 10%: $50.000 \times 15\%$ (25% - 10% di franchigia) = € 7.500.

Totale complessivo: € 52.500

INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNIO**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 50

2 giorni di ricovero

- 2 giorni x € 50 = € 100

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 50

20 giorni di ricovero ed altri 15 giorni (max) di indennità di convalescenza post ricovero valutata al 75%

- 20 giorni x € 50 = € 1.000 (indennità da ricovero);
- 15 giorni x € 37,5 = € 562,50 (indennità post ricovero)

Totale indennizzo = € 1.562,50

DAY HOSPITAL

SOMMA ASSICURATA PER INDENNITÀ

DA RICOVERO = € 50

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

CASO A

2 giorni di Day Hospital

- 2 giorni x € 25 = € 50

CASO B

20 giorni di Day Hospital

- liquidati 15 giorni x € 25 = € 375

SPESE MEDICHE**CASO A**

SOMMA ASSICURATA = € 10.000

L'assicurato sostiene spese mediche, senza ricovero, per € 1.500 di cui € 600 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

Rimangono a carico dell'assicurato: $600 - 500 = € 100$

Complessivamente: 900 (spese mediche) + 500 (spese di trasporto) = € 1.400

CASO B

SOMMA ASSICURATA = € 10.000

L'assicurato sostiene spese mediche, con ricovero, per € 3.000 di cui € 800 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.

 $10.000 \times 10\% = € 1.000$ (importo massimo rimborsato per trasporti)

Le spese vengono pertanto integralmente rimborsate.

Complessivamente: $2.200 + 800 = € 3.000$

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

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

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

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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

Per esempio, costituisce ipotesi di aggravamento del rischio il sopravvenire di gravi stati patologici.

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. Non essendo assicurato il rischio professionale, le variazioni nella professione non comportano alcuna conseguenza.

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.

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

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 30° 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, l'aliquota applicata è pari al **2,50%**.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato 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.

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 30 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

13. Reclami

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

ITAS Mutua - Servizio Reclami

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38123 Trento

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

I reclami devono contenere:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; **b)** numero della polizza e nominativo del Contraente; **c)** numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; **d)** individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; **e)** breve ed esauriva descrizione del motivo della lamentela; **f)** ogni documento utile per descrivere le circostanze. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro **nel termine massimo di quarantacinque giorni**, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, a mezzo posta (Via del Quirinale 21, 00187 Roma), o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353) corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it al link "Come presentare un reclamo". Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura **FIN-NET**, accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm.

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

- 1) **Mediazione finalizzata alla conciliazione:** per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D.Lgs.n.28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.
- 2) **Negoziazione assistita finalizzata alla composizione bonaria della lite:** è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al

proprio avvocato di fiducia (D.L.12 settembre 2014 n.132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

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

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

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

14. Arbitrato

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, sulla durata del ricovero o sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Articolo 22 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:

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.

Attività professionale:

quella remunerata, principale o secondaria, svolta con carattere continuativo e/o abituale.

Beneficiario:

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

Compagnia:

ITAS Mutua.

Contraente:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Day Hospital:

la degenza senza pernottamento presso un Istituto di cura.

Franchigia:

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

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società 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 o un'invalidità permanente.

Infortunio extra professionale e del tempo libero:

l'evento di cui alla definizione di infortunio verificatosi durante lo svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

Infortunio professionale:

l'evento di cui alla definizione di infortunio verificatosi durante lo svolgimento delle proprie attività professionali.

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.**

Nucleo familiare:

le persone iscritte nello Stato di famiglia del Contraente come risulta dal certificato rilasciato dal suo Comune di residenza al momento del sinistro (Contraente compreso).

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Ricovero:

la degenza con pernottamento presso un Istituto di cura.

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.

INFORTUNI DELLA FAMIGLIA

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2016

Norme che regolano l'assicurazione in generale Pag. 2

- Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 - Altre assicurazioni (vedi anche art. 20)
- Art. 3 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione
- Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione
- Art. 5 - Aggravamento del rischio
- Art. 6 - Diminuzione del rischio
- Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi
- Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
- Art. 10 - Oneri fiscali
- Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

Art. 29 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Art. 30 - Modalità di valutazione del danno

Art. 31 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Condizioni particolari vevoli per i Soci-Assicurati di ITAS Mutua

Pag. 9

Norme che regolano l'assicurazione infortuni Pag. 3

- Art. 12 - Rischio assicurato
- Art. 13 - Capitali assicurati
- Art. 14 - Rischi esclusi
- Art. 15 - Servizio militare
- Art. 16 - Rischio guerra
- Art. 17 - Limiti di età
- Art. 18 - Persone non assicurabili
- Art. 19 - Validità territoriale
- Art. 20 - Altre assicurazioni - Facoltà di recesso
- Art. 21 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge
- Art. 22 - Criteri di indennizzabilità
- Art. 23 - Morte
- Art. 24 - Morte presunta
- Art. 25 - Invalidità permanente
- Art. 26 - Franchigia assoluta per invalidità permanente
- Art. 27 - Indennità da ricovero per infortunio
- Art. 28 - Rimborso spese mediche per infortunio

INFORTUNI DELLA FAMIGLIA

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 (vedi anche art. 20)

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

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

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

Art. 3 - Pagamento del premio 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 e 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

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.

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 30° 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 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Art. 12 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni extra professionali e del tempo libero occorsi alle persone che, alla data del sinistro, risultano iscritte nello Stato di famiglia del Contraente. L'assicurazione può essere prestata anche a favore di eventuali altri familiari conviventi, non compresi nello Stato di famiglia del Contraente, a condizione che siano indicati nel frontespizio di polizza.

Sono considerati infortuni extra professionali e del tempo libero quelli, a titolo esemplificativo e non limitativo, avvenuti durante:

- lo svolgimento delle comuni evenienze e manifestazioni della vita privata, sociale e ricreativa, del tempo libero e delle vacanze;
- il disbrigo delle attività familiari e domestiche;
- la conduzione e i lavori di manutenzione ordinaria della propria abitazione abituale o temporanea;
- la partecipazione ad attività scolastiche in qualità di alunno;

- la pratica di sport, esercitati nel tempo libero e a puro titolo ricreativo, **salvo quanto previsto dall'art. 14 lettere e), g), h) e i)**;
- la guida di veicoli e natanti a motore **purché l'Assicurato sia in possesso dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti**, compreso il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia al momento del sinistro i requisiti per il rinnovo;
- l'uso per viaggi, effettuati a titolo privato e **non inerenti ad attività professionali**, in qualità di passeggero di 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.

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:
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta l'indennità assicurata per il caso di infortunio, **fino ad un massimo di trenta giorni**;
 - 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;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operatività dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 30;
- 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 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**, 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. 13 - Capitali assicurati

Per le persone assicurate facenti parte del nucleo familiare, la garanzia è prestata complessivamente per i capitali indicati nel frontespizio di polizza sulla base della combinazione prescelta. I capitali assicurati per ciascuna persona si ottengono dividendo i capitali complessivi per il numero delle persone assicurate.

Qualora nel corso di validità del contratto risultasse essere assicurata una sola persona, le somme corrispondenti si intendono ridotte alla metà.

Per le persone di età compresa fra i 3 e i 15 anni compiuti tuttavia le somme assicurate non potranno essere superiori a € 25.000,00 per il caso morte, € 50.000,00 per il caso invalidità permanente, € 15,00 per il caso diaria da ricovero, € 1.000,00 per il caso rimborso spese mediche.

Art. 14 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dall'art. 12);
- da abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra (salvo quanto previsto dall'art 16), insurrezioni, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 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);
- 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:

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

- 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 semi professionistico; 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.

Art. 15 - Servizio militare

L'assicurazione è prestata durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

Art. 16 - 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 colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Art. 17 - Limiti di età

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

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Art. 18 - 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 nei confronti delle persone per le quali si manifestino tali affezioni.

Art. 19 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 - Altre assicurazioni - Facoltà di recesso

Fermo quanto previsto dall'art. 2, 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.

Art. 21 - 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. 22 - 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'art. 25 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 23 - 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. 24 - 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. 25 - 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	

(segue)

(segue)

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE**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 prono-supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione 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%

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

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. 26 - Franchigia assoluta 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 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 € 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. 27 - Indennità da ricovero per infortunio

A - 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.

B - 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.

C - 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.

D - 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 l'indennizzabilità del sinistro.

E - Criteri di liquidazione

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

Art. 28 - Rimborso spese mediche per infortunio

A - 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) 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.**

B - 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.

C - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata 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.

Art. 29 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 1.550.000,00. Detto limite s'intende elevato a € 2.600.000,00 in caso di incidente aereo che colpisca più persone assicurate, in qualità di passeggeri di aeromobili, con questa e con altre polizze stipulate dal Contraente, dall'Assicurato o da altre

persone a favore dell'Assicurato stesso.

In entrambi i casi qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopraindicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 30 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, sulla durata del ricovero o sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 22, 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.

Art. 31 - 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.

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.

