



Contratto di Assicurazione infortuni e malattia/**Per Te**

Il presente Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di proposta 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.

Contratto di Assicurazione infortuni e malattia/**Per Te**



NOTA INFORMATIVA

Per Te/Mod. X0230.0 Edizione 11/2010

Assicurazione infortuni e malattia/**Per Te**

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 Assicuratrice Val Piave S.p.A., sede legale in Belluno - Italia - Via Ippolito Caffi, 83
Telefono 0437.938611 - www.valpiave.it – e-mail: valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Assicuratrice Val Piave S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22/02/63), è iscritta all'albo IVASS delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030 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 28,0 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 21 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave Spa è pari al 253%, e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ed il requisito di capitale regolamentare valutati secondo le regole Solvency II.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

B . INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. La scelta effettuata risulta chiaramente indicata sul frontespizio del contratto.

AVVERTENZA

Se il contratto è stipulato **con tacito rinnovo**, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 3).

Se il contratto è stipulato **senza tacito rinnovo** (cioè **a scadenza automatica**), lo stesso cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

3 . Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto copre gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento della propria attività professionale e/o extraprofessionale (art. 12).

Le garanzie assicurabili sono:

- Morte da infortunio
- Invalidità permanente da infortunio
- Inabilità temporanea da infortunio
- Indennità da immobilizzazione
- Rimborso spese di cura a seguito di infortunio
- Indennità da ricovero a seguito di infortunio
- Indennità da ricovero a seguito di infortunio e/o malattia
- Indennità da convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia

AVVERTENZA

Relativamente a ciascuna garanzia infortuni e/o malattia sono previste alcune esclusioni alle coperture assicurative, elencate nel seguente articolo del Fascicolo delle Condizioni:

Artt. 17\33 – Esclusioni relative alle garanzie infortuni

Art. 37 – Esclusioni relative alle garanzie malattia

AVVERTENZA

Qualora siano previsti franchigie, scoperti e/o limiti di indennizzo, gli stessi vengono riportati nella tabella seguente relativamente alle singole garanzie alle quali si riferiscono:

Art.	Garanzia prestata	Operatività	Franchigia (in €, in %, in giorni per ogni sinistro)	Scoperto (in €, o in % per ogni sinistro)	Limite di indennizzo (in €, o giorni per sinistro ed anno assicurativo)
25\26	Invalità permanente da infortunio	Obbligatoria	Franchigia relativa fino a IP pari al 20%. Le franchigie sono così strutturate: 3% fino a 150.000 €; 5% da 150.000 € a 300.000 € 10% oltre 300.000 € Valutazione della percentuale di invalidità permanente secondo tabelle ANIA		
27\28	Inabilità temporanea da infortunio	A scelta dell'assicurato	Franchigia fissa di 5 giorni fino a 50 €; Franchigia fissa di 7 giorni da 51€ a 75€; Franchigia fissa di 9 giorni da 76€ a 100€ Franchigia fissa di 10 giorni per lesioni muscolari e tendinee		La diaria viene corrisposta in forma integrale o parziale per un massimo di 300 giorni. 30 giorni
29	Inabilità temporanea da infortunio per casalinghe	A scelta dell'assicurato	Franchigia fissa di 5 giorni		30,00 € fissi per un massimo di 180 giorni.
30	Diaria da immobilizzazione Mezzi di osteosintesi	A scelta dell'assicurato			La diaria viene corrisposta per un massimo di 60 giorni. 1% della somma assicurata per I.P. con il massimo di 2.500,00 €
31\32	Rimborso spese di cura da infortunio	A scelta dell'assicurato		1% del massimale con minimo 50,00 € e massimo 150,00 €	5.000,00 € per trattamenti riabilitativi; 1.000,00 € acquisto\ noleggio; 2.500,00 € spese dentarie 90 giorni per trattamenti ed accertamenti
33	Indennità da ricovero a seguito di infortunio	A scelta dell'assicurato	3 giorni per degenze in day hospital		Indennità corrisposta per un massimo di 300 giorni
34	Indennità da ricovero a seguito di infortunio e malattia	A scelta dell'assicurato	3 giorni per degenze in day hospital		Indennità giornaliera corrisposta per un massimo di 300 giorni; in caso di parto 7 giorni
35	Indennità da convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia	A scelta dell'assicurato			50% della indennità prevista per il ricovero corrisposta nel limite di: 30 giorni solo ricovero; 40 giorni con intervento chirurgico; 10 giorni per day hospital

45	Anticipo indennizzo	Sempre operante	3 mesi dall'infortunio		50% della presunta invalidità
46	Rimborso spese di trasporto	Sempre operante			2.000,00 €
47	Rimpatrio salma	Sempre operante			2.000,00 € in Europa 4.000,00 € paesi extraeuropei
48	Invalità permanente per figli minori	Sempre operante			50.000,00 € - in forma nucleo
49	Prevenzione donna	Sempre operante			100,00 € per esami 5.000,00 € per isterectomia
50	Prevenzione uomo	Sempre operante			100,00 € per esami 5.000,00 € per intervento di resezione
51	Trasportati minorenni su ciclomotori	Sempre operante	50% di invalidità permanente		20.000,00 € per invalidità permanente; 10.000,00 € per morte
52	Indennizzo aspettativa genitore	Sempre operante	3 mesi di aspettativa		1.000,00 €
54	Sport a carattere non ricreativo	Sempre operante	Franchigia fissa del 5% sulla invalidità permanente		

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• Franchigia fissa

Parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo dovuto ai sensi di polizza 1.000,00 €

Franchigia fissa 100,00 €

Indennizzo liquidato 900,00 €

• Franchigia relativa

La parte di indennizzo che resta a carico dell'Assicurato per postumi di invalidità permanente non superiori al 20%.

Somma assicurata per l'invalidità permanente 500.000 €

Invalidità riconosciuta 15%		Invalidità riconosciuta 25%	
Franchigia 3% fino a 150.000 € quindi 12% di 150.000 €	18.000,00 €	Franchigia 3% fino a 150.000 quindi 22% di 150.000 €	Non applicate per IP superiore al 20% Quindi 25% di 500.000 €
Franchigia 5% da 150.000 € a 300.000 € quindi 10% di 150.000 €	15.000,00 €	Franchigia 5% da 150.000 € a 300.000 € quindi 20% di 150.000 €	
Franchigia 10% oltre 300.000 € quindi 5% di 200.000 €	10.000,00 €	Franchigia 10% oltre 300.000 € quindi 15% di 200.000 €	
Indennizzo totale 43.000 €		Indennizzo totale 125.000 €	

• Scoperto

Parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Danno indennizzabile ai sensi di polizza 1.000,00 €

Scoperto 20%

Indennizzo liquidato 800,00 €

AVVERTENZA

Limite di età: 80 anni. Se l'Assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, il contratto mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA

Per la garanzia indennità da ricovero a seguito di malattia l'assicurazione ha effetto trascorsi i periodi di carenza riportati all'art.36 del Fascicolo delle Condizioni.

5 . Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione come indicato agli artt. 1, 2 e 18 del Fascicolo delle Condizioni.

AVVERTENZA

Il Contraente/Assicurato deve rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario medico che forma parte integrante del contratto stesso.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e valutazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad Assicuratrice Val Piave di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione come indicato gli artt. 7 e 8.

Esempio: se al momento del sinistro l'Assicurato svolge un'attività diversa e più pericolosa rispetto a quella dichiarata in polizza può perdere il diritto all'indennizzo o essere indennizzato in forma parziale.

7 . Premi

Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e il premio può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale, mensile o pagamento unico anticipato.

In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, servizio SDD nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.

Presso gli intermediari dotati degli specifici sistemi sono accettate anche carte di credito e/o pos.

AVVERTENZA

Il premio può essere soggetto a sconti, applicabili dall'intermediario o dall'impresa per motivi commerciali o di buon andamento tecnico.

8 . Diritto di recesso

AVVERTENZA

• Diritto di recesso

In caso di **contratto annuale** o **poliennale** le parti hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Nel caso in cui il **contratto poliennale superi i cinque anni**, il Contraente/Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di recesso non sono previsti oneri aggiuntivi.

• Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo entrambe le parti – Contraente/assicurato e Assicuratrice Val Piave - hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza (art. 39).

Relativamente alle garanzie malattia Assicuratrice Val Piave rinuncia alla facoltà di recesso.

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 del codice civile.

10. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

11. Regime fiscale

Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni del 2,50% sui premi imponibili.

I premi delle garanzie infortuni morte e invalidità permanente con applicazione di una franchigia del 5% sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo Unico delle Imposte sui redditi.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione di Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente\Assicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art. 38. L'individuazione del sinistro da parte di Assicuratrice Val Piave avviene con la denuncia che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento ed una descrizione delle modalità di accadimento.

Eventuali spese di accertamento sono a carico di Assicuratrice Val Piave ad eccezione delle spese per l'arbitrato sostenute da entrambe le parti nelle modalità riportate all'art. 41.

Per le garanzie malattia indennità da ricovero e convalescenza l'accertamento è immediato alla consegna dei documenti; eventuali spese per la cartella clinica sono a carico dell'Assicurato.

13. Reclami

Premesso che, ai sensi della normativa vigente, non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti e le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto, eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:

Assicuratrice Val Piave S.p.A. – 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 di lamentela;
- f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. Se il reclamante non è soddisfatto della risposta, o in caso di mancato riscontro nel termine massimo di 45 giorni di cui sopra, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, a mezzo posta (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma) o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353), allegando copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro. Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Per i Consumatori" al link "Reclami".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/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 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 VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

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

14. Arbitrato

AVVERTENZA

In caso di controversia in merito alla determinazione dell'indennizzo le Parti possono demandare per iscritto ad un "collegio medico" la valutazione del danno secondo le modalità e le indicazioni (Comune sede dell'Ordine dei medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato), richiamate nelle relative Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

15. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione necessaria di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

Assicuratrice Val Piave è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Fabrizio Lorenz
Amministratore Delegato
Assicuratrice Val Piave S.p.A.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I CONTRATTI

→ <u>Assicurato</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
→ <u>Assicurazione cumulativa</u>	l'assicurazione, con una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206 del Codice del Consumo.
→ <u>Contraente</u>	il soggetto che stipula il contratto.
→ <u>Indennizzo</u>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
→ <u>Polizza</u>	il documento che prova l'assicurazione.
→ <u>Premio</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
→ <u>Sinistro</u>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
→ <u>Società</u>	Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LE POLIZZE INFORTUNI E MALATTIA

→ <u>Beneficiario</u>	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.
→ <u>Day hospital</u>	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica.
→ <u>Infortunio</u>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
→ <u>Inabilità temporanea</u>	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.
→ <u>Invalidità permanente da infortunio</u>	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
→ <u>Istituto di cura</u>	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali.
→ <u>Malattia</u>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
→ <u>Ricoveri</u>	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital.

Per Te

INDICE	PAGINE
DEFINIZIONI.....	2
FORME CONTRATTUALI	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	4
CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI.....	6
PRESTAZIONI	10
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	19
CONDIZIONI COMPLEMENTARI sempre operanti	24
CONDIZIONI SPECIALI valide solo se richiamate in polizza	26
ESTENSIONI valide solo se richiamate in polizza	27
CONDIZIONI LEGATE ALLA PROFESSIONE valide solo se richiamate in polizza con sovrapremio	29
PACCHETTO SOSTEGNO valido solo se richiamato in polizza	30
CONDIZIONI SPECIALI PER LE CASALINGHE	31
ALLEGATO 1 - DANNO ESTETICO. Percentuali indicative.....	32
ALLEGATO 2 - SUPER VALUTAZIONI ARTI SUPERIORI.....	33
ALLEGATO 3 - TABELLE INAIL	34
ALLEGATO 4 - CATEGORIE DI RISCHIO.....	38
CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO	39

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza."

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
ASSICURAZIONE CUMULATIVA	l'assicurazione, con un'unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art.1469 bis del Codice Civile;
BENEFICIARIO	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone designate dal Contraente, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
CONTRAENTE	il soggetto che stipula il contratto;
CONVALESCENZA DOMICILIARE	periodo che decorre dal superamento di una malattia o successivo ad un intervento chirurgico, fino alla guarigione, ossia alla stabilizzazione del quadro clinico;
DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
FORMA NUCLEO	la somma assicurata è suddivisa tra più persone;
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
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;
INVALIDITÀ 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	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo



degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali;

MALATTIA

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società;

RICOVERO

la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital e/o day surgery;

SCI ESTREMO

discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza;

SINISTRO

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

SOCIETÀ

la Società del Gruppo ITAS (ITAS Mutua, ITAS Assicurazioni S.p.A., Assicuratrice Val Piave S.p.A.) che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

SPORT PROFESSIONISTICO

attività svolta in maniera continuativa e che costituisce fonte di reddito principale per l'Assicurato;

TERMINI DI ASPETTATIVA

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

UTENSILI PER HOBBISTICA

si intendono le macchine od utensili azionati a motore quali i normali elettrodomestici ed i piccoli utensili a motore.

FORME CONTRATTUALI

Completa "24 ore su 24"

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.

Rischio professionale

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio 'in itinere').

Extraprofessionale

L'assicurazione vale **esclusivamente** per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività inerenti alla comune vita privata e di relazione, - **esclusa quindi ogni e qualsiasi attività professionale**, - al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo. L'assicurazione non vale, quindi, per gli infortuni subiti nell'esercizio delle attività professionali ovvero in occasione di altre attività lavorative svolte a scopo di lucro, per conto proprio o di terzi, anche se esercitate in via accessoria e temporanea.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, 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 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente. Nei confronti di ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.



Art. 4 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 5 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 6 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. Ogni indennizzo dovuto dalla Società viene sempre liquidato in Italia, in euro. L' inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 7 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società 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. 8 - Diminuzione del rischio

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

Art. 9 - Modifiche dell'assicurazione

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

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.

CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI

Art. 12 - Rischio assicurato L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate nella scheda di polizza.
E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) la folgorazione;
- 6) i colpi di sole o di calore;
- 7) i morsi di animali e le affezioni ad essi conseguenti, le punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria, le malattie tropicali e quelle di cui gli insetti siano portatori sani;
- 8) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 9) gli infortuni subiti a causa di malore o alterazione di coscienza, salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie previste dall'art. 18 - Persone non assicurabili - delle Condizioni Generali di assicurazione e fermo l'art. 17 - Esclusioni - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 10) le lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendine sottocutanee di cui all'art. 42, la rottura del tendine d'Achille di cui all'art. 43 e le ernie traumatiche con le limitazioni previste all'art. 28 - Franchigie sulla inabilità temporanea.

Art. 13 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari o da atti di terrorismo ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 14 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli



diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub. Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. La presente estensione di assicurazione non è valida nel caso in cui la polizza abbia durata inferiore ad un anno.

Art. 15 - Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 2.600.000,00 euro per tutti gli indennizzi. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 16 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra, guerra civile, da insurrezione o lotta armata che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 17 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore o imbarcazione, 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;
- 2) dalla guida di veicoli per i quali è prescritta patente superiore alla categoria B - ad eccezione dei camper -, di macchine agricole ed operatrici salvo che l'uso di tali mezzi non rientri nello svolgimento dell'attività professionale, principale o secondaria, dichiarata in polizza;
- 3) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, salvo quanto disposto dall'art. 14 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 4) da stato di etilismo acuto con valori di alcolemia superiori allo 0,80 gM se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli e velocipedi in genere;
- 5) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biomorali;

- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 8) da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 16 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 9) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- 10) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- 11) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- 12) dalla pratica dei seguenti sport: alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, arrampicata libera, arti marziali, bob, football americano, canyoning, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, sollevamento pesi, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino, skeleton, snowboard estremo, sollevamento, speleologia e dalla pratica di sport estremi in genere;
- 13) dalla partecipazione a competizioni, gare ed allenamenti di qualsiasi sport salvo che non abbiano carattere puramente ricreativo;
- 14) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Gli infarti sono sempre esclusi.

Art. 18 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi psichici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione



dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Non sono altresì assicurabili le persone che svolgono l'attività di collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, investigatori privati, guardie del corpo, controfigure e stuntman, attività circensi.

Art. 19 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art. 25 - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Art. 20 - Limite di età

La garanzia si intende prestata per persone di età non superiore a 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

PRESTAZIONI

Art. 21 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati dal Contraente 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 invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 22 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi 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 Società 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, questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

Art. 23 - Indennizzo per figli minori

In caso di morte dell'Assicurato la Società riconosce, esclusivamente ai figli minori, un'ulteriore somma pari a quella assicurata e comunque non superiore a euro 50.000,00.

Nel caso in cui un minore fosse portatore di handicap con invalidità civile superiore al 60%, il limite di indennizzo si intende elevato a euro 100.000,00.

Art. 24 - Recovery Hope

Qualora, trascorsi 5 mesi dall'infortunio, l'Assicurato si trovi ancora in stato di coma riconosciuto dai sanitari con GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore a 5, verrà liquidata allo stesso, previa indicazione del soggetto legittimato ad incassare per suo conto, l'indennità prevista per invalidità permanente.

Art. 25 - Invalidità permanente

1. Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata.
2. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento alle percentuali delle seguenti menomazioni:

Perdita, anatomica o funzionale, di:	destro	sinistro
• un arto superiore	70%	60%



• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso con estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
• paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
• anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
• anchilosi del ginocchio in estensione	25%
• anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
• paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
• Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
• Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%

- Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- Esiti di frattura del sacro 3%
- Esiti di frattura del coccige con callo deforme 5%
- Perdita totale, anatomica o funzionale, di:
 - un occhio 25%
 - ambedue gli occhi 100%
- Sordità completa di:
 - un orecchio 10%
 - ambedue gli orecchi 40%
- Stenosi nasale assoluta:
 - monolaterale 4%
 - bilaterale 10%
- Perdita anatomica di:
 - un rene 15%
 - della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

3. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste al punto 2), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate al punto 2) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione



della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

4. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate al punto 2) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 26 - Franchigie sull'invalidità permanente

A parziale deroga dell'art. 25 - "Invalidità Permanente" -, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. La prima, fino a 150.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale.
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 150.000,00 euro della prima e fino a 300.000,00 euro di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, e per la sola parte che supera questa percentuale.
3. La terza, pari all'eventuale eccedenza di 300.000,00 euro delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.

Art. 27 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate. L'indennizzo sarà sempre corrisposto in forma integrale in caso di:
 - ricovero ospedaliero;
 - periodo di immobilizzazione;
 - periodo di deambulazione con prescrizione di stampelle con carico parziale e carrozzelle.

Nei primi due casi la franchigia di cui all'art. 28 si intende annullata.

b) il residuo periodo in percentuale del 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alla proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato come previsto all'art. 38 delle Condizioni Generali di assicurazione, o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o struttura similare e viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 38 - Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Qualora vi fosse una invalidità permanente accertata dal medico legale e, entro 5 mesi dall'infortunio, l'Assicurato dovesse sottoporsi ad intervento chirurgico, la Società liquiderà un ulteriore indennizzo per inabilità temporanea per un periodo massimo di 20 giorni ed in base alle valutazioni del medico.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 28 - Franchigie sulla Inabilità Temporanea

A parziale deroga dell'art. 27 - "Inabilità Temporanea" - delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea non sia superiore a 50,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
2. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 50,00 euro, ma non a 75,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall' 8° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
3. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 75,00 euro, ma non a 100,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 10° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

Relativamente a quanto previsto al punto 10 dell'art. 12 delle Condizioni Generali di assicurazione l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a decorrere dall'11 giorno successivo a quello computabile a termini di polizza e comunque per un massimo di 30 giorni.

Art. 29 - Inabilità temporanea per casalinghe

Per le Assicurate che svolgono esclusivamente l'attività di casalinga, in caso di infortunio con conseguente inabilità temporanea, la Società corrisponde un'indennità pari a 30,00 euro.



L'indennità per inabilità temporanea decorre a partire dal sesto giorno dell'infortunio denunciato come previsto all'art. 38 delle Condizioni Generali di assicurazione, o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o di struttura similare e viene corrisposto per un periodo massimo di 180 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Nel caso in cui l'Assicurata non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 38 - Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 30 - Indennità da immobilizzazione

Nel caso di fratture accertate radiologicamente, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici, oppure nel caso di applicazione di una ingessatura o di un tutore immobilizzante la Società indennizza l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di immobilizzazione e/o ingessatura e per un periodo massimo di 60 giorni.

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

- 1 le fasce elastiche in genere;
- 2 i bendaggi alla colla di zinco;
- 3 i busti ortopedici elastici;
- 4 i vari tipi di collari eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali.

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come placche, chiodi e similari; tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo forfetario pari all'1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500,00 euro.

Art. 31 - Rimborso delle spese di cura conseguenti ad infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società, entro i limiti del massimale assicurato, rimborsa, per sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero;
- interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;

- visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici e presidi medici per medicazione ed accertamenti diagnostici conseguenti all'infortunio ed effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica a seguito dell'infortunio ed effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante nel limite del massimale assicurato e comunque non superiore a 5.000,00 euro.
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle entro il limite di 1.000,00 euro;
- le spese dentarie di natura post traumatica che abbiano interessato denti sani – intendendo denti non affetti da patologie preesistenti o trattati da carie precedenti – entro il limite massimo di 2.500,00 euro.

Art. 32 - Liquidazione

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto pari all'1% del massimale assicurato con il minimo di 50,00 euro e il massimo di 150,00 euro, a carico dell'Assicurato.

Art. 33 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato - non in day hospital - corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 300 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.

Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.

Esclusioni

L'indennità giornaliera non viene corrisposta:

1. per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
 2. per ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come case di cura.
- Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 17 - "Esclusioni".

Art. 34 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio, malattia, parto

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o da malattia, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza e per una durata massima di 300 giorni per ricovero e per anno assicurativo. Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera as-



sicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.

In caso di ricovero dell'Assicurata in istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, con il massimo di sette giorni per ricovero.

Art. 35 - Convalescenza post-ricovero a seguito di infortunio o malattia

In caso di degenza domiciliare per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'Assicurato sia stato ricoverato, la Società corrisponde una indennità giornaliera di un importo pari al 50% di quella assicurata per il ricovero, nei seguenti termini:

- fino ad un massimo di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia senza intervento chirurgico;
- fino ad un massimo di 40 giorni per sinistro e per anno assicurativo in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia con intervento chirurgico.

La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica da prodursi in originale. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione suddetta; qualora conseguente a ricoveri in regime di day hospital e/o day surgery l'indennità viene corrisposta, esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa. L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto.

Art. 36 - Termini di aspettativa - carenze

La garanzia decorre dalle ore 24:

1. del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
2. del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
3. del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose fermo quanto previsto dall'art. 37 punto 1) - per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
4. del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero verificatosi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di

continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 37 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende i ricoveri causati da:

1. le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
2. le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
3. i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
4. stati patologici correlati alla infezione da HIV;
5. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
6. la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
7. l'aborto non terapeutico;
8. le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
9. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
10. le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
11. i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione "istituto di cura";
12. le conseguenze di infortuni esclusi dall'art. 17 -"Esclusioni";
13. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
14. guerre ed insurrezioni.



CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 38 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato – Accertamento, liquidazione e pagamento

In caso di sinistro, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società **entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, ai sensi dell'art.1913 del codice civile.

La denuncia del sinistro deve contenere:

- **la descrizione dell'infortunio**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell'assicurato**. **L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.**

L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato**. **In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:**

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte**;
- **certificato di stato di famiglia** relativo all'assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;



- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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.

Accertamento, liquidazione e pagamento

La percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infortunio**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e, determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione** dello stesso.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,
- l'importo offribile, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **gli eredi aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione attestante tale stabilizzazione.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.



Art. 39 - 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, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto **trascorsi 30 giorni** dalla data di invio della comunicazione. La Società, **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. 40 - Attività diversa da quella dichiarata

Qualora nel corso di contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata ed il Contraente/Assicurato non abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività, l'indennizzo sarà corrisposto:

1. integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
2. nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo.

Classe dell'attività prof. svolta al momento del sinistro	CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
	A	B	C	D
A	100%	100%	100%	100%
B	80%	100%	100%	100%
C	65%	80%	100%	100%
D	25%	65%	80%	100%

Art. 41 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di origine medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19 - Criteri di indennizzabilità - delle Condizioni Generali di assicurazione debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. 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. E' 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, 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.

Art. 42- Liquidazione lesioni tendinee

Se l'infortunio ha come conseguenza lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) l'indennizzo sarà effettuato nei seguenti termini:

- in base a quanto previsto dalle Condizioni Generali di assicurazione per Assicurati fino a 40 anni;



- un indennizzo forfetario comprensivo di tutte le garanzie pari al 5% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro, in caso l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 40 e i 55 anni;
- un indennizzo forfetario comprensivo di tutte le garanzie pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro, in caso l'Assicurato abbia un'età superiore a 55 anni.

Relativamente a quanto sopra rimane convenuto che le franchigie previste all'art. 26 delle Condizioni Generali di assicurazione si intendono annullate.

Art. 43 - Rottura del tendine d'achille

Se l'infortunio ha come conseguenza la rottura (violenta e/o diretta) del tendine d'Achille la Società provvederà al pagamento di un indennizzo forfetario comprensivo di tutte le garanzie pari al 3% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di indennizzo di euro 5.000,00 euro.

Relativamente a quanto sopra rimane convenuto che le franchigie previste all'art. 26 delle Condizioni Generali di assicurazione si intendono annullate.

Art. 44 - Ernie

L'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, alle ernie traumatiche non concausate.

CONDIZIONI COMPLEMENTARI sempre operanti

Art. 45 - Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che determini una invalidità permanente presumibilmente superiore al 30% è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulla liquidazione dell'indennizzo dovuto dalla Società che non potrà essere superiore all'importo corrispondente al 50% della presunta invalidità. Tale anticipo verrà corrisposto non prima che siano trascorsi tre mesi dall'infortunio.

Art. 46 - Rimborso spese trasporto

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società, entro il limite di 2.000,00 euro per sinistro ed annualità assicurativa, rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo, all'istituto di cura o alla propria abitazione.

Il limite sopra riportato può essere elevato a 5.000,00 euro per sinistro ed annualità assicurativa, con pagamento di un sovrappremio da parte dell'Assicurato.

Art. 47 - Rimpatrio salma

In caso di morte dell'Assicurato all'estero a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma entro il limite di 2.000,00 euro se il rimpatrio avviene in Europa e di 4.000,00 euro in caso di rimpatrio da paesi extraeuropei.

Art. 48 - Invalidità permanente per figli minori

Ai figli minori dell'Assicurato è riconosciuta una copertura per invalidità permanente, per un importo pari alla somma assicurata dello stesso e comunque non superiore a 50.000,00 euro. La suddetta garanzia viene prestata in forma nucleo, con applicazione della franchigia di cui all'art. 26 delle Condizioni Generali di assicurazione e purché i figli non abbiano una copertura personale.

Art. 49 - Prevenzione donna

a) La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurata per esame mammografico e relativa termografia od ecografia, fino ad un massimo di 100,00 euro per ciascun anno assicurativo.

b) La Società, in caso di intervento chirurgico per isterectomia totale o mastectomia totale uni- o bilaterale oppure per ricostruzione, corrisponde all'Assicurata un indennizzo forfetario di 5.000,00 euro.

Art. 50 - Prevenzione uomo

La Società rimborsa le spese sostenute per esami clinici e strumentali (ecografia, esami laboratoristici, etc.) sia per diagnosi e cura che per screening della patologia prostatica, fino ad un massimo di 100,00 euro per anno assicurativo.



In caso di intervento di resezione totale, la Società corrisponde all'Assicurato un indennizzo forfetario pari a 5.000,00 euro.

Art. 51 - Trasportati minorenni su ciclomotori contro la volontà del contraente

La Società assicura per il caso di morte una somma assicurata pari a 10.000,00 euro e per invalidità permanente superiore al 50% una somma assicurata pari a 20.000,00 euro, i figli minorenni dell'assicurato in quanto trasportati su ciclomotori a condizione che la guida sia effettuata da persona di età non superiore a 18 anni e non inferiore a 14 anni e contro la volontà del Contraente.

Art. 52 - Indennizzo per aspettativa del genitore

Qualora a seguito di infortunio dell'Assicurato, purché minorenne, un genitore debba ricorrere ad aspettativa non retribuita per un periodo minimo di tre mesi allo scopo di prestare assistenza al figlio, la Società corrisponde un indennizzo forfetario di 1.000,00 euro. La corresponsione di tale indennizzo viene effettuata a condizione che il genitore dell'Assicurato produca documentazione rilasciata dal proprio datore di lavoro comprovante la suindicata astensione dal lavoro.

Art. 53 - Poliziotti e carabinieri e guardia di finanza

Nel caso in cui l'Assicurato svolga l'attività di poliziotto o carabiniere e limitatamente agli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la partecipazione a servizio attivo di ronda, pattugliamento e in ogni caso di servizio armato, la Società liquida l'indennizzo dovuto per invalidità permanente soltanto se questa è di grado superiore al 5% della totale e per la sola parte che supera questa percentuale.

Art. 54 - Sport a carattere non ricreativo

A parziale deroga dell'art. 17 punto 13 - Esclusioni - l'Assicurazione si intende estesa alla pratica continuativa di sport non a carattere ricreativo, salvo quanto disposto all'art. 17 punto 12 - Esclusioni -, comprese gare ed allenamenti.

Relativamente alla suindicata estensione qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari o inferiore al 5% non si fa luogo ad indennizzo; se risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente.

CONDIZIONI SPECIALI

valide solo se richiamate in polizza

Art. 55 - Rischio "IN ITINERE" (per rischio SOLO PROFESSIONALE) (con sovrappremio)

L'assicurazione si intende estesa anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 56 - Tabella INAIL (con sovrappremio)

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 25 delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

Art. 57 - Grandi invalidità (con sovrappremio)

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 19, sia superiore al 60% verrà indennizzato il 100% del capitale assicurato.

Art. 58 - Danno estetico (con sovrappremio)

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia comportato un indennizzo per invalidità permanente, la Società rimborsa il danno estetico con applicazione delle Tabelle di Bargagna e con riferimento al danno biologico (vedi Allegato 1).

Art. 59 - Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)

Il testo dell'art. 26 - Franchigie sulla invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituito totalmente dal testo che segue:

A parziale deroga dell'art. 25 - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate. La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. La prima, pari a 250.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 250.000,00 euro della prima, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.



Art. 60 - Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)

A deroga del disposto di cui all'art. 26 delle Condizioni Generali di assicurazione resta convenuto che relativamente al caso di Invalidità Permanente, la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.

Art. 61 - Franchigia maggiorata sulla inabilità temporanea (con sconto)

A parziale deroga dell'art. 28 delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennizzo per inabilità temporanea verrà corrisposto soltanto a decorrere dal 30 giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ESTENSIONI valide solo se richiamate in polizza e con pagamento di sovrappremio

Art. 62 - Alpinismo

A parziale deroga dell'art. 17 punto 12 – Esclusioni – si precisa che, limitatamente ai casi di morte, di invalidità permanente e di indennità da ricovero, e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono compresi gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, purché l'Assicurato sia accompagnato da guida alpina o da compagno esperto.

Restano comunque escluse le ascensioni invernali nonché quelle che non siano effettuate per vie già percorse.

Si prende atto fra le parti che non si fa luogo a risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 5% della totale, viene corrisposto il risarcimento soltanto per la parte eccedente.

Art. 63 - Arrampicata sportiva

A parziale deroga dell'art. 17 punto 12 – Esclusioni – si precisa che, limitatamente ai casi di morte, di invalidità permanente e di indennità da ricovero, e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono compresi gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la pratica dell'arrampicata sportiva nelle sue varie forme, purché praticata in strutture naturali o artificiali appositamente attrezzate.

Relativamente alla suindicata estensione qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari o inferiore al 5% non si fa luogo ad indennizzo; se risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente.

Art. 64 - Immersione sportiva con autorespiratore

A parziale deroga dell'art. 17 punto 12 – Esclusioni – si precisa che, limitatamente ai casi di morte, di invalidità permanente e di indennità da ricovero, e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono

compresi gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la pratica dell'immersione sportiva con autorespiratore.

Relativamente alla suindicata estensione qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari o inferiore al 5% non si fa luogo ad indennizzo; se risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente.

Art. 65 - Speleologia

A parziale deroga dell'art. 17 punto 12 – Esclusioni – si precisa che, limitatamente ai casi di morte, di invalidità permanente e di indennità da ricovero, e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono compresi gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante la pratica, non professionale, della speleologia.

Relativamente alla suindicata estensione qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari o inferiore al 5% non si fa luogo ad indennizzo; se risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente.

Art. 66 - Guida di autocarri

L'assicurazione si intende estesa alla guida, non professionale, di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali purché abilitati.

Art. 67 - Estensione a lavori manuali e agricoli

L'assicurazione si intende estesa a lavori manuali e agricoli svolti dall'Assicurato a carattere privato, senza scopo di lucro, con uso di macchine ed utensili da taglio e macchine azionate a motore compresi i trattori.



CONDIZIONI LEGATE ALLA PROFESSIONE

valide solo se richiamate in polizza e con pagamento di sovrappremio

Art. 68 - Estensione della Invalidità permanente al contagio virus hiv ed epatite b e c di origine traumatica (solo per medici e paramedici)

L'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus HIV e EPATITE B e C avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale descritta in polizza.

Si sottolinea che il contagio deve essere fortuito e accidentale.

Modalità di accertamento del contagio HIV - pagamento dell'indennizzo:

Entro tre giorni dal verificarsi dall'evento accidentale l'Assicurato deve fare la denuncia; la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del presunto contagio.

Entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test HIV presso un centro specializzato indicatogli dalla Società:

1. Se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedentemente lo stesso;
2. Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test HIV: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto ad un indennizzo pari al 15% della somma assicurata per invalidità permanente.

Art. 69 - Estensione radiazioni (solo per medici radiologi e paramedici)

L'assicurazione viene estesa all'uso di apparecchi a radiazioni ionizzanti e materiali radioattivi, necessari all'esercizio della professione.

Art. 70 - Supervalutazione per artigiani

In caso di perdita anatomica delle tre dita indice, pollice, medio, l'indennizzo sarà pari alla percentuale prevista per la perdita della mano.

Art. 71 - Scottature e tagli

Relativamente alle categorie professionali di artigiani, agricoltori e commercianti la Società liquida un'indennità pari a 50,00 euro e per un massimo di 15 giorni, per gli infortuni conseguenti a scottature, ferite da taglio e ferite lacero contuse agli arti documentate da certificati sanitari rilasciati dal Pronto Soccorso o dal medico di base e dalla denuncia INAIL.

PACCHETTO SOSTEGNO

valido solo se richiamato in polizza e con pagamento sovrappremio

Art. 72 - Rimborso spese infermieristiche

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, residuo postumi di invalidità permanente superiori al 20%, verranno rimborsate, previa presentazione di fattura, le spese sostenute nei primi sei mesi dal giorno dell'infortunio per assistenza infermieristica fino ad un massimo di 1.500,00 euro per evento e per anno assicurativo con uno scoperto del 20% col minimo di 100,00 euro.

Art. 73 - Rimborso spese adeguamento locali

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato riporti una Invalidità permanente superiore al 50%, la Società rimborsa le spese documentate, che l'Assicurato ha sostenuto per i lavori di adeguamento della propria abitazione fino ad un massimo di euro 5.000,00.

Art. 74 - Sostegno psicologico

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, residuo postumi di invalidità permanente superiori al 50%, verranno rimborsate, previa presentazione di fattura, le spese sostenute per assistenza psicologica fino ad un massimo di 1.500,00 euro per evento e per anno con uno scoperto del 20% con il minimo di 100,00 euro.

Art. 75 - Collaborazioni

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato riporti fratture accertate radiologicamente, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici la Società rimborsa, a titolo forfetario ed entro il limite di euro 500,00 per sinistro e per anno assicurativo, le spese per:

- **Collaboratrice domestica:** qualora l'Assicurato sia impossibilitato a svolgere le faccende domestiche;
- **Baby Sitter:** qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente dei figli minori di anni 13;
- **Recapito domiciliare della spesa:** rimborso delle spese per la consegna a proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità (farmaci);
- **Pagamento utenze domestiche:** rimborso delle spese per un collaboratore esclusi i familiari, che provvede al pagamento di utenze domestiche in scadenza.



CONDIZIONI SPECIALI PER LE CASALINGHE

Art. 76 - Rischio assicurato Premesso che le assicurate che svolgono l'attività di casalinghe in via esclusiva sono assicurate contro gli infortuni domestici per il caso di invalidità permanente in base a quanto stabilito dalla legge del 3 dicembre 1999, n. 493.
Tale copertura prevede una franchigia fissa del 27% ed è prestata sotto forma di rendita.

La presente garanzia si intende estesa, ad integrazione di quanto previsto dalla legge ed in base alla combinazione scelta, agli infortuni subiti dall'Assicurata nello svolgimento di tutte le attività svolte, senza vincolo di subordinazione e a titolo gratuito, nell'ambito domestico e finalizzate alla cura delle persone e dell'ambiente domestico.

Per ambito domestico si intende l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare dell'assicurato; qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali.

INTEGRAZIONE

Combinazioni fisse

A) Morte:	25.000,00 euro
Indennità da ricovero per infortunio	25,00 euro
Premio annuo 15,00 euro	
B) Invalidità permanente da infortunio	
Da 3% a 27%	50.000,00 euro
Premio annuo 23,00 euro	
C) Invalidità permanente da infortunio	
Da 3% a 27%	50.000,00 euro
Morte	50.000,00 euro
Indennità da ricovero per infortunio	25,00 euro
Premio annuo 30,00 euro	

ALLEGATO 1

DANNO ESTETICO - Percentuali indicative

Classe I (<5%)

Il pregiudizio estetico complessivo è da pressoché nullo a molto lieve

L'anormalità è limitata ad esiti rilevabili ad un'osservazione generica, ma che non mutano in assoluto l'espressività del soggetto. Si tratta cioè di esiti di minime alterazione delle strutture di supporto del volto e/o alterazioni cutanee limitate.

Rientrano in quest'ambito: piccole cicatrici visibili e/o pigmentazione anomala al volto, modesta deviazione della piramide nasale, perdita parziale di un padiglione auricolare, strabismo in forma lieve. Cicatrici lineari al collo bene evidenziati, cicatrici lineari anche di grandi dimensioni al tronco o agli arti.

Classe II (6-10%)

Il pregiudizio estetico complessivo è da lieve a moderato

Il pregiudizio estetico complessivo è più rilevante e si accompagna ad una coscienza della menomazione resa obiettiva dal giudizio negativo di chi osserva il soggetto. Esiti di perdite circoscritte di strutture di supporto al volto e/o alterazioni cutanee poco importanti.

Rientrano in quest'ambito: cicatrici lineari piane di piccole dimensioni al volto, depressioni circoscritte della fronte o della guancia, modeste asimmetrie facciali, marcata deformazione della piramide nasale, perdita di un padiglione auricolare, strabismo assai evidente. Evidenti esiti cicatriziali al collo, estese aree cicatriziali al tronco o agli arti.

Classe III (11-15%)

Il pregiudizio estetico complessivo è da moderato ad importante

Il pregiudizio estetico è difficilmente emendabile ed ha una notevole rilevanza sull'espressione del volto. Si tratta degli esiti di perdite di sostanza al volto di maggiori dimensioni e/o alterazioni cutanee importanti.

Rientrano in quest'ambito: cicatrici dai caratteri molto evidenti comprese tra sopracciglia e labbro superiore, aree cicatriziali estese, asimmetrie facciali marcate, perdita di gran parte del naso.

Classe IV (16-35%)

Il pregiudizio estetico complessivo è molto importante

Si tratta di esiti che determinano un massivo sovvertimento della preesistente anatomia facciale, la cui deformazione può essere tanto severa da precludere l'accettazione sociale.

Aree cicatriziali al volto molto estese, perdita di entrambi i padiglioni auricolari, del naso o delle labbra, esiti di scotennamento completo o quasi.



ALLEGATO 2 SUPER VALUTAZIONI ARTI SUPERIORI

A parziale deroga dell'art. 25 delle Condizioni Generali di assicurazione, le percentuali di valutazione previste per gli arti superiori e relativi segmenti si intendono così modificate:

				destro	sinistro
Per la perdita totale	arto superiore	100%	anziché	70%	60%
Per la perdita totale	mano od avambraccio	100%	anziché	60%	50%
Per la perdita totale	pollice	100%	anziché	18%	16%
Per la perdita totale	indice	100%	anziché	14%	12%
Per la perdita totale	medio	50%	anziché	8%	6%
Per la perdita totale	anulare	50%	anziché	8%	6%
Per la perdita totale	mignolo	50%	anziché	12%	10%

Per le menomazioni differenti dalla perdita anatomica o funzionale si fa riferimento alle tabelle previste dal contratto maggiorate di un 20%.

ALLEGATO 3
TABELLE INAIL

Tabella di legge per i casi di invalidità permanente

Allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, N. 1124

DESCRIZIONE	Percentuale	
	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 applicazione di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi 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-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23



Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio	8	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8	
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchoriosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	25
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchoriosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	

Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più 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 mancino le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro 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:

(1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.



- (2) La valutazione é riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione é riferita al visus naturale.
- (3) Nei casi la valutazione é riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilit  permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entit  del vizio di refrazione.
- (4) Le perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, é valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- (5) In caso di afachia monolaterale:
- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- (6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica é pressoch  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.

ALLEGATO 4

CATEGORIE DI RISCHIO

- CAT. A** rientrano tutte le attività amministrative, commerciali, tecniche, di liberi professionisti o di altro tipo che comportino mansioni sedentarie o all'esterno con esclusione di lavoro manuale.
- CAT. B** rientrano tutte le attività artigianali, commerciali, industriali, tecniche che comportino la partecipazione al lavoro manuale leggero compresa la guida di veicoli (motocarri ed autocarri) fino a 35 q.li, autobus, mezzi di trasporto pubblico in genere, natanti, carrelli elevatori o di altro tipo quali definiti dall'art. 30 del codice della strada.
- CAT. C** rientrano tutte le attività artigianali, agricole, commerciali, industriali, tecniche o di altro tipo che comportino la partecipazione a lavoro manuale anche pesante; si intende compreso:
- l'utilizzo di macchine in genere azionate a motore (fisse o portatili) di potenza superiore a 750 W (1HP) ma con esclusione di quelle adibite a taglio con o senza asportazione truciolo;
 - la guida di veicoli (motocarri ed autocarri) di oltre 35 q.li, con o senza rimorchio, autobus, mezzi di trasporto pubblico in genere, natanti ad uso diverso da quello privato, da diporto, carrelli elevatori di altro tipo quali definiti dall'art. 58 del codice della strada;
 - l'accesso abituale, per lavoro, a tetti, scale, impalcature od altri ripiani, boschi, stalle ed aziende agricole, cave e miniere senza l'uso di esplosivi.
- CAT. D** rientrano tutte le attività artigianali, agricole, commerciali, industriali, tecniche o di altro tipo che comportino la partecipazione a lavoro manuale anche pesante svolto in qualsiasi luogo, l'uso di macchine in genere azionate a motore, l'impiego anche con guida di autoveicoli e natanti a motore per locomozione e trasporto, di macchine agricole e trattori, di macchine operatrici semoventi in genere.



CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO

Art. 1 - Costituzione e Sede È 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.».

L'ITAS Mutua ha sede in Trento, Via Mantova, 67. 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 tacitamente, unitamente al contratto di assicurazione, per il periodo sancito per quest'ultimo dalle norme di legge, qualora il Socio non dia formale disdetta almeno sei mesi prima della scadenza e così successivamente.

Di regola tale durata è stipulata per periodi decennali.

La dichiarazione di disdetta deve essere data dal Socio-Assicurato personalmente o verbale presso l'Agenzia che amministra la polizza stessa, oppure tramite un suo legale rappresentante munito di mandato con autentica notarile.

La dichiarazione di disdetta non diventa operativa finché il Socio-Assicurato non abbia regolato le proprie obbligazioni verso la Società in dipendenza del rapporto sociale.

Esistendo in polizza vincoli a favore di terzi, il Socio-Assicurato dovrà inoltre produrre l'atto di consenso da parte di questi alla disdetta dell'assicurazione, senza di che la disdetta è considerata nulla.

Ogni altra forma di disdetta dalla Società è nulla.

Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione. Nel caso in cui la legge o le Condizioni Generali di assicurazione stabiliscano il trasferimento dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto

di 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. 24 - Rappresentanza

La rappresentanza legale dell'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



ASSICURATRICE VALPIAVE S.p.A.
Direzione e coordinamento di ITAS Mutua - Via Ippolito Caffi, 83 - 32100 Belluno - Italia
Tel. 0437 938611 - Fax 0437 938693 - www.valpiave.it - valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Capitale soc. euro 7.000.000 I.v. - P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Belluno n° 00075940254 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030