

**ITAS MUTUA**

Società capogruppo

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento - Italia - Tel. 0461 891711 - Fax 0461 980297

gruppoitas.it - segreteria.dirgen@gruppoitas.it - itas.mutua@pec-gruppoitas.it

P.Iva Gruppo 02525520223 - C.F. / Registro Imprese di Trento n° 00110750221 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. n° 966 del 29.4.1923 - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00008

GENOVA RIMASSA

Via Cantore nr 241/R - Genova (GE)

Polizza N. 2M / M15336660**AGENZIA 0479 / GENOVA RIMASSA****ID CONTRAENTE: E4593427**

PLURITAS

CONTRAENTE FEDERAZIONE ITALIANA ESCURSIONISMOSede: **VIA IMPERIALE, 14****16143 GENOVA (GE)**P.IVA: **03645560107***Socio**Il Contraente con la stipula del presente contratto acquista la qualità di Socio e fa atto di adesione allo Statuto che dichiara di conoscere (art. 11 Statuto Sociale).***CONTRATTO**Decorrenza dalle ore **24:00** del **31/12/2023**Scadenza alle ore **24:00** del **31/12/2024**Durata di **1** anni **0** mesi **0** giorni

SCADENZA AUTOMATICA

Pol. Sostituite: **No**Coassicurazione: **No**Termine per la disdetta: **60 giorni** prima della scadenza.**CONTRIBUTO****Rata alla firma****Rate successive**

Il contratto è disciplinato dalla presente scheda tecnica e dalle Condizioni di Assicurazione contenute nell'allegato fascicolo modello X3005.0 edizione 2018 del 01/09/2018.



Con la stipula del presente contratto la Società garantisce l'Assicurato contro gli infortuni per le somme assicurate, le diarie, i massimali e le garanzie di seguito indicate.

ENTITA' n. 1

CATEGORIA VARIE - GITANTI - NON TESSERATI
COPERTURA RISCHIO LIMITATO

RISCHIO ASSICURATO: Si conviene che l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli assicurati, specificatamente indicati nel modulo apposito dove dovrà essere indicato nome, cognome e codice fiscale, dovessero subire durante le attività sportive, ricreative e culturali

autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Escursionismo e Società affiliate. Sono comprese le conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali, purché rientranti tra le attività previste nello statuto della F.I.E. In tal caso, ai fini dell'ammissione dell'infortunio al beneficio assicurativo, la relativa denuncia deve essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo (organismi periferici/associazioni affiliate) per il quale il soggetto assicurato è tesserato che attesta sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa. Sono compresi in garanzia i giudici di gara iscritti alla F.I.E. per le attività svolte per conto della Federazione. La garanzia vale anche durante l'attività di manutenzione dei sentieri, dei rifugi, degli edifici e delle sedi della F.I.E. effettuata anche con l'utilizzo di attrezzature. La garanzia vale inoltre durante i trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e dal luogo di svolgimento delle attività, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza delle norme che regolano il trasferimento. La garanzia è valida a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto dell'assicurazione ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

La garanzia è valida per le seguenti attività, purché autorizzate e organizzate sotto l'egida della Federazione:

- Escursionismo, tutti i gradi di difficoltà, da T (Turistico) a EEA (Escursionisti Esperti con Attrezzatura Alpinistica);
- Sci Alpino e Snowboard su pista battuta (escluso fuoripista);
- Alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 4° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche);
- Ferrate fino al grado di difficoltà D (Difficile) - ferrata con qualche breve strapiombo e con alcuni passaggi atletici, vuoto continuo. Percorsi per escursionisti esperti;
- Ciaspolate fino al grado di difficoltà WT4;
- Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura. E' esclusa la speleologia effettuata in solitaria;
- Sci escursionistico effettuato su sentieri classificati fino al grado EE (Escursionisti Esperti) con esclusione dei livelli di difficoltà superiore;
- Nordic Walking;
- Hiking e Speed Hiking;
- Arrampicata su parete artificiale effettuata con tutti i dispositivi di sicurezza adeguati (si intendono sempre esclusi l'Arrampicata in falesia, il Boulderling e il Free Climbing anche se effettuato su parete artificiale)
- Rally escursionistico;
- Trekking;
- River trekking
- Canyoning (fermo il grado di difficoltà previsto dalle discipline di cui sopra);
- Marcia acquatica;
- Trial running;
- Canoa escursionistico-turistica su acque brillanti (calme) fino al 3° grado di difficoltà
- Cicloturismo: si intendono esclusi tutti i sinistri nei quali sono coinvolti veicoli a motore e rimorchi. Non sono considerati veicoli a motore i velocipedi a pedalata assistita (cosiddette bici elettriche).

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- sci d'alpinismo;
- sci escursionistico su sentieri di grado superiore a EE;
- fuoripista, (l'assicurazione è valida solo per brevi tratti di fuoripista compresi tra due piste battute vicine e site nel medesimo comprensorio sciistico);
- sci estremo;
- pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai oltre il 4° grado;

Le somme assicurate e i limiti di indennizzo di seguito riportati si intendono per persona.



Somma Assicurata €

INVALIDITA' PERMANENTE - somma assicurata	50.000,00
MORTE - somma assicurata	50.000,00
INDENNITA' DA IMMOBILIZZAZIONE - diaria	30,00
RIMBORSO SPESE MEDICHE - massimale	2.500,00
INDENNITA' PER RICOVERO DA INFORTUNIO - diaria	30,00

Ad integrazione e/o modifica delle Condizioni di assicurazione riportate a stampa nel modello X3005.0, si conviene fra le Parti quanto segue:

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione la parola "premio" si intende sostituita con "contributo".

COMUNICAZIONE AGLI ASSICURATI: Il Contraente è tenuto a consegnare a ciascun assicurato copia delle Condizioni Generali di assicurazione. La consegna dovrà essere effettuata prima dell'adesione alla copertura assicurativa e/o dell'effetto della stessa.

Il Contraente è obbligato a comunicare agli assicurati eventuali modifiche alle condizioni di polizza.

Condizioni valide per tutti gli assicurati:

DEROGA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: A parziale deroga delle condizioni di assicurazione si precisa che:

- sulla garanzia rimborso spese di cura a seguito di infortunio, 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 al 20% con il minimo di 150 euro a carico dell'assicurato.
- sulla garanzia indennità da immobilizzazione l'indennizzo viene effettuato previa detrazione di una franchigia fissa di 7 giorni
- sulla garanzia indennità da ricovero a seguito di infortunio, malattia, parto l'indennizzo viene effettuato previa detrazione di una franchigia fissa di 7 giorni

A parziale deroga dell'art. 20 Limiti di età la garanzia si intende prestata per persone di età non superiore a 85 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.

Per le persone di età superiore agli 80 anni sulla garanzia Invalidità permanente da infortunio valgono le seguenti condizioni di franchigia:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- se l'invalidità permanente definitiva è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

A parziale deroga dell'Art. 24 - Franchigie sull'invalidità permanente si conviene che per i sinistri occorsi durante tutte le attività organizzate dalla Federazione, comprese le attività sportive, ad esclusione della sola attività di sci alpino:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- se l'invalidità permanente definitiva è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Per i sinistri occorsi la sola attività sportiva sci alpino:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- se l'invalidità permanente definitiva è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Condizioni valide per le singole entità:

ENTITA' n. 1



RIMBORSO SPESE TRASPORTO:

Art. 71 delle Condizioni Generali di Assicurazione

A norma del Regolamento IVASS n.41 del 2 agosto 2018, e successive integrazioni, si precisa che:

- la **periodicità del premio** del presente contratto è **ANNUALE**
- i **mezzi di pagamento previsti** dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, 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
- sul sito della compagnia www.gruppoitas.it è disponibile **l'Area riservata ai Clienti** nella quale consultare la propria posizione assicurativa.

Per accedervi è necessario richiedere le credenziali di accesso registrandosi mediante:

- il codice fiscale e il codice identificativo cliente (ID CONTRAENTE), riportato sul contratto sotto il numero polizza, o fornito dall'Agenzia di riferimento o in alternativa
- il codice fiscale e il numero di polizza.



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE
(vedi articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione)

Il contraente con riferimento a quanto disposto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile dichiara che le persone assicurate:

- 1) non hanno in corso altre polizze per i medesimi rischi cui si riferisce il presente contratto salvo ove diversamente dichiarato in relazione alle singole entità assicurate.
- 2) nel quinquennio precedente non ebbero stornate polizze per i medesimi rischi cui si riferisce il presente contratto salvo ove diversamente dichiarato in relazione alle singole entità assicurate.
- 3) non sono affette o portatrici di malattie, difetti fisici o mutilazioni salvo ove diversamente dichiarato in relazione alle singole entità assicurate.

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

Con la firma qui apposta il Contraente dichiara di aver ricevuto, di conoscere e di accettare le condizioni di assicurazione contenute nel fascicolo modello **X3005.0 edizione 2018 del 01/09/2018**. Dichiara inoltre che il presente documento, composto da n. **5 pagine** (comprehensive di quella riportante l' "Informativa resa all'interessato ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003", che segue alla presente) **non contiene cancellature o rettifiche e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso.**

ITAS MUTUA

Amministratore delegato e Direttore generale
Alessandro Molinari

Letto, accettato e sottoscritto in _____ il _____



Il Contraente

Agli effetti dell'art.1341 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni delle Condizioni Generali di assicurazione:

Art. 36 – Recesso in caso di sinistro; Art.37 – Determinazione dell'indennizzo – Perizia contrattuale; Art. 3 – Proroga dell'assicurazione - Art. 15 – Infortuni determinati da calamità naturali.

Il Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il set informativo, costituito da DIP Danni, Dip aggiuntivo Danni e Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario, a norma del regolamento IVASS n.41 del 2 agosto 2018.

Il Contraente

Stampato a _____ il 28/12/2023 12.22.15
Rata incassata il _____

L'Agente



Contratto di assicurazione infortuni e malattia cumulativa
/PlurITAS

CONDIZIONI GENERALI

Polizza PLURITAS /Mod. X3005.0 – edizione settembre 2018

INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
FORME CONTRATTUALI	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI	6
PRESTAZIONI	8
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI CUMULATIVE	12
CONDIZIONI INFORTUNI DIRIGENTI	13
CONDIZIONI POLIZZE AMMINISTRATORI E CONSIGLIERI	15
CONDIZIONI PARTICOLARI valide solo se richiamate in polizza	15
CONDIZIONI SPECIALI valide solo se richiamate in polizza	16
CONDIZIONI INFORTUNI RACCOGLITORI/POTATORI DI FRUTTA	16
CONDIZIONI SOCIETA' SPORTIVE	17
ALLEGATO 1 - TABELLE INAIL	18
CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO	20

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'Art. 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere 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 di morte;
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Convalescenza domiciliare	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica;
Day Hospital/Day surgery	forma di ricovero presso struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
Franchigia	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'assicurato;
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;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Intervento chirurgico	atto medico che prevede la cruentazione dei tessuti mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica (laser) a fine terapeutico;
Intervento chirurgico ambulatoriale	intervento chirurgico eseguito senza ricovero;
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, hospice, 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 preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
Premio	la somma dovuta dal contraente alla Società;
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento;

Sci alpino	la pratica dello sci, compreso il fuori pista purché effettuato nelle zone adiacenti le piste battute e servite da impianti di risalita;
Sci alpinismo	la pratica dello sci, anche fuori pista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, e con discreto dislivello ad esclusione di quanto previsto per lo sci estremo;
Sci estremo	discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza;
Scoperto	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'assicurato;
Sforzo	dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori dalla comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
Sport ricreativo	attività che, anche se svolta sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI, viene considerata come praticata nel tempo libero;
Sport non ricreativo	attività svolta a livello agonistico e/o dilettantistico praticato sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI con partecipazione a gare e competizioni in forma saltuaria o continuativa;
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: rischio professionale ed extra	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).
Rischio 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.

Rischio temporaneo (polizze che hanno durata inferiore all'anno)	L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti durante la partecipazione ad attività temporanee svolte per conto del contraente come specificato sulla scheda di polizza; ad es. gite scolastiche, escursioni, viaggi di gruppo, colonie/campi estivi, feste campestri, etc. Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni sofferti dall'Assicurato durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio 'in itinere').
Rischio limitato (polizze non temporanee)	L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività svolte per conto del contraente come specificato sulla scheda di polizza: ad es. scuole, associazioni ricreative, di assistenza, di volontariato, etc. Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni sofferti dall'assicurato durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (rischio 'in itinere').
Rischio carica	L'assicurazione si intende valere esclusivamente per gli infortuni subiti nell'espletamento del mandato consigliere, compresi trasferimenti e missioni. La garanzia comprende anche gli infortuni che avvengano durante il tempo normalmente necessario per recarsi al luogo della riunione o della diversa destinazione in caso di specifico incarico, e per far ritorno al luogo di partenza o al proprio domicilio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

→ **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt.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 lo stesso rischio; 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.

→ **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'invalidità 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 a 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 - e fermo l'art.17 - Esclusioni -**.

→ **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 attivamente.

→ **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 o 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 a 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, volo in mongolfiera, salvo quanto disposto dall'art.14 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei;
- 4) da stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta 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;
- 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.);
- 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, scalata su ghiaccio, arrampicata libera, arti marziali, bob, canyoning, downhill, football americano, freestyle non praticato in snowpark, hockey, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, parkour, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino su pista - intendendo una piccola slitta per una o due persone sulla quale si viaggia in posizione supina con i piedi in avanti e su piste ghiacciate -, skeleton, snowboard estremo, snowkite, sollevamento pesi, speleologia, wakeboard, wingsuit e dalla pratica di sport estremi in genere (es. bungee jumping, torrentismo, idrospeed, free solo, scalata cascata di ghiaccio);
- 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;
- 15) militari e forze dell'ordine per quanto riguarda qualsiasi missione al di fuori dei confini italiani.

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 a essa correlate.

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.

→ **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.23 - Invalidità permanente.

→ **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 - Invalidità permanente**

1. Se l'infortunio ha come conseguenza l'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 un'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 scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso con estensione rettilinea (con prono-supinazione 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 mancinismo, 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 te-

nendo 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. 24 - Franchigie sull'invalidità permanente**

A parziale deroga dell'art.23 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 100.000,00 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 100.000 euro della prima e fino a 250.000 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 250.000 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. 25 - 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;
- b) il residuo periodo in percentuale **del 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte** alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato come previsto all'art.35 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 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. 26 - Franchigie sulla Inabilità Temporanea**

A parziale deroga dell'art.25 l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea non sia **superiore a 30 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 30 euro, ma non a 50 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 50 euro, ma non a 100 euro**, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal **10° giorno** successivo a quello computabile a termini di polizza.

→ **Art. 27 - 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 40 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.

La garanzia si intende estesa alle fratture, accertate radiologicamente, di **almeno 4 coste**, vertebre, bacino o coccige e sterno per la guarigione dei quali non è necessaria l'applicazione di mezzi di contenzione.

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 1.000 euro**.

→ **Art. 28 - Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio**

In caso di infortunio indennizzabile ai 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 endo-protesi 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;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle **entro il limite di 1.000 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 1.000 euro**;
- le spese sostenute per trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapici a seguito dell'infortunio **entro il massimale di 2.500 euro per sinistro e per anno assicurativo**, ed effettuati nei **30 giorni** successivi alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante.

→ **Art. 29 - 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 al 10% con il minimo di 50 euro a carico dell'assicurato.

→ **Art. 30 - 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 90 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 e per un massimo di 30 giorni.**

→ **Art. 31 - Esclusioni**

L'indennità giornaliera non viene corrisposta per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.

Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art.17.

→ **Art. 32 - 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 180 giorni per ricovero e per anno assicurativo.**

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 e per un massimo di 30 giorni.**

In caso di ricovero dell'assicurato 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. 33 - 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. per malattia: **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. per malattia: **del 300° giorno successivo** a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose fermo quanto previsto dall'art.34 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. 34 – 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 e 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;**

CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

→ **Art. 35 – 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, **oppure della malattia**, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato, oppure **la certificazione medica** sulla natura dell'infermità.

Il decorso delle lesioni o della malattia 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

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

In caso di malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia**.

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 o 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. 36 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e **fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo**, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso 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. 37 - 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 - e possono 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. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI CUMULATIVE

→ **Art. 38 - Assicurazioni di gruppo**

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

→ **Art. 39 - Esonero dall'obbligo di denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti preesistenti**

Il contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

→ **Art. 40 - Esonero dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni infortuni**

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare gli eventuali contratti infortuni individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero per proprio conto.

→ **Art. 41 - Regolazione del premio**

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal contraente, all'inizio del periodo assicurativo, in base ad una stima preventiva dei parametri presi in considerazione dal contratto (numero persone, chilometri effettuati, numero giornate, etc).

→ **Art. 42 - Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio**

Entro **90 giorni** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il contraente deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, il consuntivo degli elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate **entro 30 giorni** dalla comunicazione fatta dalla Società.

→ **Art. 43 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

Nel caso in cui il contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati e il pagamento della differenza attiva dovuta, l'eventuale indennizzo, relativamente ai sinistri accaduti nel periodo annuo immediatamente successivo a quello per il quale non è stata effettuata la comunicazione e il pagamento della differenza qualora dovuta, sarà ridotto tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato e quello calcolato sul consuntivo dichiarato o accertato, restando la parte rimanente a carico del contraente.

Tale riduzione proporzionale non verrà applicata per i sinistri avvenuti dopo le ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.

→ **Art. 44 - Esonero dalla denuncia delle persone assicurate**

Al momento della stipulazione del contratto il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai libri di amministrazione che **il contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento**, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

→ **Art. 45 - Limiti di indennizzo per sinistri aeronautici**

Fermo quanto disposto dall'art.14 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - la somma dei capitali assicurati dalla presente e da altre assicurazioni infortuni comuni cumulative che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'assicurato o da altri in favore degli stessi assicurati, **non potrà superare** i limiti di:

- per il caso morte:
1.033.000 euro per persona e 5.000.000 euro per aeromobile;
- per il caso di Invalidità permanente totale:
1.033.000 euro per persona e 5.000.000 euro per aeromobile;

- per il caso di Inabilità temporanea:

260,00 euro per persona e 5.170 euro per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative che includono il rischio volo, stipulate dallo stesso contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.

Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.

→ **Art. 46 - Responsabilità civile del Contraente (valida solo se richiamata in polizza)**

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art.21, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, **l'indennità nella sua totalità, a richiesta del contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento** che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal contraente.

CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI DIRIGENTI

→ **Art. 47 - Rischio assicurato**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dalle persone assicurate nella qualità di dirigente.

→ **Art. 48 - Invalidità permanente - Tabelle INAIL (sempre operante)**

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art.23 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. 49 - Malattie professionali (sempre operante)**

Per i casi di morte e di invalidità permanente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto. Per il caso di invalidità permanente **l'indennizzo verrà liquidato solo nel caso in cui l'attitudine generica al lavoro risulti ridotta in misura superiore al 10% della totale**; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata **l'esclusione dell'art. 17 punto 9** riguardante le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

→ **Art. 50 - Pratica non professionale di sport (sempre operante)**

A parziale deroga dell'art.17 punto 12, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, **ad eccezione di paracadutismo e sports aerei in genere.**

→ **Art. 51 - Anticipo indennizzo (sempre operante)**

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. 52 - Danni estetici (sempre operante)**

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia comportato un indennizzo per invalidità permanente, la Società rimborsa, **entro il massimale di 5.000 euro per evento e annualità assicurativa**, le spese sostenute e documentate dall'assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre o eliminare eventuali danni estetici al viso.

→ **Art. 53 - Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio (solo se richiamata in polizza ed è stato pa-**

gato il relativo premio)

L'art.28 si intende annullato e così sostituito.

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 fisiatrica a seguito dell'infortunio ed effettuati **nei 30 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 euro**;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle **entro il limite di 1.000 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 euro**.

→ **Art. 54 - Liquidazione**

L'art. 29 si intende annullato e così sostituito.

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 10% del massimale assicurato con il minimo di 50,00 euro a carico dell'assicurato.

→ **Art. 55 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio (solo se richiamata in polizza ed è stato pagato il relativo premio)**

L'art.30 si intende annullato e così sostituito.

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.

→ **Art. 56 - Esclusioni**

L'indennità giornaliera non viene corrisposta per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.

Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art.17.

→ **Art. 57 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio, malattia, parto (solo se richiamata in polizza ed è stato pagato il relativo premio)**

L'art.32 si intende annullato e così sostituito.

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 assicurata 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'assicurato 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. 58 - Regolazione del premio**

Gli artt. 41,42 e 43 si intendono annullati e così sostituiti.

Il premio, convenuto dal Contraente in base ad un preventivo di retribuzioni viene:

- anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sul preventivo delle retribuzioni indicate, come risulta dal conteggio riportato in polizza;
- regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute nelle retribuzioni per lo stesso periodo.

Ai fini assicurativi, per retribuzioni si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, le partecipazioni agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura.

→ **Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio**

Entro **90 giorni** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il contraente deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, il consuntivo degli elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate **entro 30 giorni** dalla comunicazione fatta dalla Società.

→ **Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

Nel caso in cui il contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati e il pagamento della differenza attiva dovuta, l'eventuale indennizzo, relativamente ai sinistri accaduti nel periodo annuo immediatamente successivo a quello per il quale non è stata effettuata la comunicazione e il pagamento della differenza qualora dovuta, **sarà ridotto** tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato e quello calcolato sul consuntivo dichiarato o accertato delle retribuzioni, restando la parte rimanente a carico del contraente.

Tale riduzione proporzionale non verrà applicata per i sinistri avvenuti dopo le ore 24 del giorno in cui il contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente.

CONDIZIONI INFORTUNI AMMINISTRATORI E CONSIGLIERI

→ **Art. 59 - Rischio assicurato**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività connesse al mandato. La garanzia comprende anche gli infortuni che avvengano durante il tempo normalmente necessario per recarsi al luogo della riunione o della diversa destinazione in caso di specifico incarico, e per far ritorno al luogo di partenza o al proprio domicilio.

→ **Art. 60 - Invalidità permanente - Tabelle INAIL (sempre operante)**

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art.23 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. 61 - Anticipo indennizzo (sempre operante)**

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. 62 - Danni estetici (sempre operante)**

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia comportato un indennizzo per invalidità permanente, la Società rimborsa, **entro il massimale di 2.500,00 euro per evento e annualità assicurativa**, le spese sostenute e documentate dall'assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre o eliminare eventuali danni estetici al viso.

CONDIZIONI PARTICOLARI

valide solo se richiamate in polizza

→ **Art. 63 - Invalidità permanente con franchigia differenziata**

A parziale deroga dell'art.24 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 250.000 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 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. 64 - Invalidità permanente con franchigia fissa**

A deroga del disposto di cui all'art.24 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 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

→ **Art. 65 - Inabilità temporanea con franchigia differenziata**

A parziale deroga dell'art.26 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 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 euro ma non a 100 euro**, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall' **8° giorno** successivo a quello computabile a termini di polizza.

→ **Art. 66 - Inabilità temporanea con franchigia fissa**

A parziale deroga dell'art.26 l'indennità per il caso di inabilità temporanea verrà corrisposta dal **7° giorno** successivo a quello computabile a termini di polizza.

CONDIZIONI SPECIALI

valide solo se richiamate in polizza e con pagamento di sovrappremio

→ **Art. 67 - Rischio "IN ITINERE"**

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

→ **Art. 68 - Tabella INAIL**

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art.23 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. 70 - 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 2.500 euro.**

→ **Art. 71 - Rimborso spese trasporto**

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

→ **Art. 72 - Danni estetici**

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia comportato un indennizzo per invalidità permanente, la Società rimborsa, **entro il massimale di 2.500 euro per evento e annualità assicurativa**, le spese sostenute e documentate dall'assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre o eliminare eventuali danni estetici al viso.

CONDIZIONI INFORTUNI DEI RACCOGLITORI DI FRUTTA – UVA – ORTAGGI E POTATORI DI ALBERI DA FRUTTO E VIGNETI

→ **Art. 73 - Rischio assicurato**

L'assicurazione vale **esclusivamente** per gli infortuni occorsi alle persone, di **età non inferiore a 14 anni** e non superiore a **75 anni compiuti**, addette alla raccolta della frutta, ortaggi, nonché alla potatura e alberi da frutto e vigneti, mentre attendono alle operazioni necessarie compresa la cernita, la calibratura e le eventuali operazioni di carico e scarico **esclusivamente nell'ambito dell'azienda agricola del contraente.**

→ **Art. 74 – Durata del contratto**

L'assicurazione si intende valere per l'intero periodo di raccolta o potatura.

→ **Art. 75 – Persone assicurate**

Fra le persone addette non sono compresi il contraente ed i suoi familiari e affini con lui conviventi.

→ **Art. 76 - Inabilità temporanea**

A parziale deroga di quanto indicato all'art.26 l'indennità per inabilità temporanea decorre dal **5 giorno** dell'infortunio denunciato come previsto all'art.35 o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o struttura similare e viene corrisposta per un periodo **massimo di 100 giorni**. Nel caso in cui l'assicurato non abbia inviato successivi certificati medici 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'indennità non viene corrisposta a persone di età inferiore a 18 anni.

→ **Art. 77 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio**

A parziale deroga dell'art.30 l'indennità giornaliera viene corrisposta per **tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 100 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.**

Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera assicurata **non viene corrisposta.**

CONDIZIONI INFORTUNI SOCIETA' SPORTIVE

→ **Art. 78 - Rischio assicurato**

L'assicurazione vale **esclusivamente** per gli infortuni subiti dagli assicurati durante la pratica dell'attività sportiva, svolta a livello ricreativo e non ricreativo, comprese gare e allenamenti.

→ **Art. 79 - Invalidità permanente con franchigia fissa**

L'art.24 delle Condizioni di polizza si intende annullato e così sostituito: in caso di invalidità permanente 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.**

→ **Art. 80 - Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio**

L'art.28 si intende annullato e così sostituito.

In caso di infortunio indennizzabile ai 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 endo-protesi 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;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle **entro il limite di 1.000 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 1.000 euro;**
- le spese sostenute per trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapici a seguito dell'infortunio **entro il massimale di 2.500 euro per sinistro e per anno assicurativo, ed effettuati nei 30 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante ed **esclusivamente in caso di lesioni documentate da accertamenti strumentali** quali ecografia, risonanza magnetica etc.

Le spese suindicate devono essere finalizzate al normale recupero fisico-atletico post traumatico del tesserato e non all'accelerazione temporale del recupero stesso con l'uso di terapie mediche/fisioterapiche . L'atleta non deve riprendere l'attività prima di aver accertato il completo recupero esibendo opportuna certificazione medica di chiusura infortunio.

→ **Art. 81 - Liquidazione**

L'art.29 si intende annullato e così sostituito

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 al 10% con il minimo di 100 euro a carico dell'assicurato.

ALLEGATO 1 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-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70

Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avanbraccio 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	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi 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'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi 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
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di 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 mancinismo 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 è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- (3) Nei casi la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- (4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- (5) In caso di afachia monolaterale:
- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- (6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
La valutazione vale esclusivamente per l'occhio lesionato.

**CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA
ESTRATTO DELLO STATUTO****Art. 1 -Costituzione e Sede**

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

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

L'ITAS Mutua ha sede in Trento, Piazza delle Donne Lavoratrici, 2. Esso può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

Art. 5 -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 e dei Soci Sovventori partner è limitata alle quote sottoscritte. È esclusa ogni garanzia sussidiaria. Le obbligazioni della Società sono garantite dal patrimonio sociale.

Art. 11 -Vincolo sociale

Il vincolo sociale nei confronti del Socio-Assicurato è obbligatorio per il periodo indicato nella polizza di assicurazione dallo stesso stipulata e si rinnova, unitamente al contratto di assicurazione, per l'ulteriore periodo indicato nella polizza o previsto dalla legge, qualora non venga esercitata la facoltà di disdetta, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa nonché delle clausole contrattuali.

Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione.

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

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

Art. 26 -Rappresentanza

La rappresentanza legale dell'ITAS Mutua spetta al Presidente, ai Vicepresidenti del Consiglio di amministrazione solo in caso di urgenza o impedimento del Presidente, all'Amministratore Delegato e, ove nominato, al Direttore Generale.

Il Consiglio di amministrazione per gli atti di ordinaria amministrazione nell'ambito dell'area di competenza, può attribuire la rappresentanza legale ai Dirigenti.

La rappresentanza legale si esprime con l'apposizione, sotto la denominazione della Società, delle firme di due delle persone precedentemente indicate, con la precisazione che con la firma abbinata di due dirigenti la rappresentanza legale si esercita unicamente in relazione alle aree di competenza degli stessi. Resta comunque salvo quanto diversamente deliberato dal Consiglio in relazione a particolari fattispecie.

La rappresentanza giudiziaria spetta ai rappresentanti legali, oltre che ai Dirigenti ai quali sia demandata dal Consiglio di amministrazione (sempre con le modalità di cui precedente comma).

Il Consiglio di amministrazione definisce il sistema delle procure e deleghe aziendali, attribuendo la rappresentanza della società anche a dipendenti o terzi con procure per singoli atti o categorie di atti contenenti le relative modalità di firma.

Il Consiglio di amministrazione può autorizzare che determinati documenti e corrispondenze vengano sottoscritti in tutto o in parte con riproduzione meccanica della firma.

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

**ITAS MUTUA**

Società capogruppo

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento - Italia - Tel. 0461 891711 - Fax 0461 980297

gruppooitas.it - segreteria.dirgen@gruppooitas.it - itas.mutua@pec-gruppooitas.it

P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Trento n° 00110750221 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. n° 966 del 29.4.1923 - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00008

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: ITAS Mutua – Italia – Iscritta all’Albo Imprese IVASS n. 1.00008

Prodotto: “Pluritas”



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell’attività professionale (“rischio professionale”) o nel tempo libero (“rischio extraprofessionale”), o in entrambi i casi (“rischio professionale ed extra”), che può essere utilizzato sia in forma individuale che cumulativa. Il prodotto è inoltre utilizzabile per coperture di attività limitate svolte per conto del Contraente, quali associazioni ricreative, di assistenza e di volontariato.



Che cosa è assicurato?

A) Invalidità permanente da infortunio (obbligatoria)

La Società, a seguito di infortunio dell’Assicurato che comporti la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della propria capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d’invalidità permanente e al capitale assicurato.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere la copertura ad ulteriori garanzie, a scelta dell’Assicurato:

B) Morte da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell’Assicurato che abbia come conseguenza la morte:

- ✓ corrisponde l’indennizzo ai beneficiari.

C) Inabilità temporanea da infortunio (operante per il rischio professionale)

La Società, a seguito di infortunio dell’Assicurato che comporti l’incapacità, in misura totale o parziale, di svolgere per un periodo di tempo limitato la propria attività lavorativa:

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di inabilità.

D) Indennità da immobilizzazione (non operante se acquistata la garanzia C)

La Società, a seguito di infortunio dell’Assicurato che comporti la necessità di un’ingessatura o di un tutore che blocchi il movimento degli arti:

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di immobilizzazione.

E) Rimborso spese di cura a seguito da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell’Assicurato:

- ✓ rimborsa, a titolo esemplificativo, le spese sostenute per: i) rette di degenza, assistenza medica, esami medici; ii) interventi chirurgici; iii) visite specialistiche; iv) trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia; v) acquisto o noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle, vi) acquisto di medicinali; vii) cure dentarie di natura post traumatica.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio

La Società, in caso di ricovero dell’Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio:

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital.

G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e malattia

La Società, in caso di ricovero dell’Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio o da malattia:

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital e in caso di parto.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere

la copertura ad ulteriori garanzie. A titolo esemplificativo: copertura del rischio di infortunio durante il percorso dall’abitazione al luogo di lavoro (rischio in itinere); utilizzo della tabella INAIL; rimpatrio della salma; rimborso delle spese di trasporto all’istituto di cura o alla propria abitazione; danno estetico.

Sono previste condizioni particolari per le coperture prestate in forma cumulativa. Inoltre, vi sono pacchetti specifici di garanzie dedicati a dirigenti, amministratori e consiglieri, società sportive.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l’Assicurato nei limiti delle indennità, dei massimali e dei capitali assicurati indicati sulla scheda di polizza e sottoscritti dal Contraente.



Che cosa non è assicurato?

Di seguito si riporta una sintesi delle principali esclusioni. Restano valide le informazioni di dettaglio fornite, per ogni tipologia di garanzia, nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Società presta l’assicurazione su dichiarazione del Contraente che l’Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi ad esse correlate.

L’assicurazione non è prestata per le persone di età superiore a 80 anni.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ✗ da abuso di psicofarmaci ed uso di stupefacenti ed allucinogeni in genere;
- ✗ dalla guida di qualsiasi veicolo, se l’Assicurato è privo di abilitazione alla guida, secondo le disposizioni normative vigenti o si trova alla guida con un tasso alcolemico superiore allo 0,80 gM;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato;
- ✗ dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche, salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- ✗ da infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi (es. arti marziali, immersione con autorespiratore, arrampicata libera, canyoning, downhill, hockey, kitesurfing, paracadutismo, pugilato, rugby, sci estremo, ecc.);
- ✗ dalla pratica di sport costituenti per l’Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi i ricoveri causati da:

- ✗ cure e interventi resi necessari da malformazioni

congenite e difetti fisici preesistenti e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave alla stipulazione del contratto;

- ✘ trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- ✘ stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- ✘ cure per gli interventi di infertilità, sterilità e impotenza e l'aborto non terapeutico.



Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono indicate le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

- ! **A) Invalidità permanente derivante da infortunio:** per la prima parte del capitale fino a € 100.000, franchigia del 3% sul grado di invalidità residua all'Assicurato; per la seconda parte del capitale, che eccede € 100.000 e fino a €250.000, franchigia del 5% sul grado di invalidità residua; per la parte di capitale che eccede € 250.000, franchigia del 10% sul grado di invalidità residua. Le sopra citate franchigie non si applicano in caso di invalidità permanente superiore al 20%. Per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e di € 5.000.000 per aeromobile.
- ! **B) Morte da infortunio:** per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e di € 5.000.000 per aeromobile.
- ! **C) Inabilità temporanea da infortunio:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni; franchigia fissa di: i) 5 giorni se l'indennità non è superiore a € 30; ii) 7 giorni se l'indennità è superiore a € 30 e fino a € 50; iii) 9 giorni se l'indennità è superiore a € 50 e fino a € 100. Per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 260 per persona e di € 5.170 per aeromobile.
- ! **D) Indennità da immobilizzazione:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro e per anno.
- ! **E) Rimborso spese di cura a seguito di infortunio:** visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari e presidi

medici, solo se effettuati nei 90 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante; trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia solo se effettuati nei 30 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante. Limiti di indennizzo per sinistro e per anno fino a: i) € 2.500 per trattamenti di riabilitazione; ii) € 1.000 per l'acquisto/noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle; iii) €1.000 per spese dentarie. Su tutte le spese di cura uno scoperto dell'10%, con un minimo di € 50 a carico dell'Assicurato.

- ! **F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 90 giorni e, per i ricoveri in day hospital, solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi esclusi festivi e per un massimo di 30 giorni.
- ! **G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e/o malattia:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 180 giorni, ridotto a 7 giorni in caso di parto. Per i ricoveri in day hospital, indennità corrisposta solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, esclusi i festivi e per un massimo di 30 giorni. Relativamente alla garanzia malattia, periodo di aspettativa (carenza) di 30 giorni, elevato a 180 giorni per conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per parto, aborto terapeutico e malattie dipendenti. Nel caso in cui la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa operano: i) dal giorno di effetto della polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto; ii) dal giorno di effetto della presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.
- ! Complessivamente per tutte le garanzie, in caso di cumulo di infortuni causati da movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, massimo indennizzo di €2.600.000.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro in Europa dell'Assicurato.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio, sull'esistenza di altre polizze a copertura dello stesso e su eventuali sinistri precedenti. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e l'eventuale successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
In caso di copertura in forma cumulativa, stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare: i) gli eventuali difetti fisici o mutilazioni rilevanti preesistenti o sopraggiunti in seguito; ii) altri contratti infortuni individuali che gli Assicurati avessero stipulato per proprio conto; iii) le generalità delle persone assicurate.
- In caso di sinistro, avvisare tempestivamente, e in ogni caso entro tre giorni da quando ne hai avuto conoscenza, la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza.



Quando e come devo pagare?

Nel caso in cui il premio sia convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili, esso è anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, come risulta dal conteggio riportato in polizza ed è regolato sulla base delle variazioni di tali elementi alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto.

Il premio è pagato al rilascio della polizza e può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato, a scelta del Contraente. In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

Il premio è comprensivo delle imposte dovute per legge e, ove prevista, della quota del fondo di garanzia.

Il premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva. Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. Nel primo caso, in mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno; nel secondo, il contratto cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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.



Come posso disdire la polizza?

In caso di contratto annuale o poliennale è possibile disdire il contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: ITAS Mutua

Prodotto: "Pluritas"

Data di aggiornamento: 06/2023 (ultima versione disponibile)



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

ITAS - Istituto Trentino-Alto Adige Per Assicurazioni, o anche ITAS Mutua, società mutua di assicurazioni, capogruppo del Gruppo ITAS Assicurazioni, con sede legale in Piazza delle Donne Lavoratrici, n. 2, CAP 38122, Trento, Italia; tel. 0461 - 891711; sito internet: www.gruppoitas.it; e-mail: segreteria.dirgen@gruppoitas.it; PEC: itas.mutua@pec-gruppoitas.it.
Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n. 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00008.

Di seguito si riportano i principali valori dell'ultimo bilancio d'esercizio approvato e i dati essenziali sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa pubblicati con la Relazione SFCR Annual disponibile sul sito: <https://www.gruppoitas.it/it/dati-societari/sfcr-unico-di-gruppo>

Importi al 31/12/2022 (mln di €)	Capitale sociale	Riserve patrimoniali	Patrimonio netto	Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR)	Requisito Patrimoniale Minimo (MCR)	Fondi Propri Ammissibili per SCR	Fondi Propri Ammissibili per MCR	Indice di Solvibilità
	239	234	474	347	139	880	800	254%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni) è possibile, ma non obbligatorio, acquistare ulteriori garanzie, valide soltanto se espressamente richiamate in polizza con l'indicazione della relativa somma assicurata. Di seguito si descrivono le principali garanzie, mentre per l'elenco completo si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Rischio itinere	in	L'Impresa, a seguito di infortunio subito durante lo svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate, tiene indenne l'Assicurato anche durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.
Utilizzo della tabella INAIL		L'Impresa, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 - Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
Rimpatrio salma		L'Impresa, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza che provochi la morte dell'Assicurato, rimborsa le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma.
Rimborso spese di trasporto		L'Impresa, a seguito di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo, all'istituto di cura o alla propria abitazione.
Danno estetico		L'Impresa, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia comportato un'invalidità permanente, rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre o eliminare eventuali danni estetici al viso.



Che cosa NON è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono previste altresì le seguenti ulteriori esclusioni. Sono esclusi gli infortuni causati:

- 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;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto previsto per gli infortuni occorsi durante viaggi aerei;
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- dalla partecipazione a competizioni, gare ed allenamenti di qualsiasi sport salvo che non abbiano carattere puramente ricreativo;
- militari e forze dell'ordine per quanto riguarda qualsiasi missione al di fuori dei confini italiani.

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi i ricoveri causati da:

- 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 all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
- la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
- i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione 'istituto di cura'.



Ci sono limiti di copertura?

Utilizzo della tabella INAIL	L'Impresa rinuncia 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.
Rimpatrio salma	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma pari a € 2.500,00.
Rimborso spese di trasporto	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o alla propria abitazione pari a € 2.000,00 per sinistro e annualità assicurativa.
Danno estetico	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica pari a € 2.500,00 per evento e annualità assicurativa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi. In caso di sinistro la denuncia dello stesso deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, oppure della malattia, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente; - il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'Assicurato, oppure la certificazione medica sulla natura dell'infermità. <p>Il decorso delle lesioni o della malattia 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. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti dell'Impresa e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>In caso di morte dell'Assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare la documentazione necessaria, descritta nelle Condizioni di Assicurazione.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previsti enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.
	Prescrizione: 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte dell'Impresa per: - sinistro; - il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle seguenti affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione: alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto il diritto di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
Risoluzione	Nel caso di contratto a durata poliennale, l'Assicurato può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata.



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Prodotto rivolto a coloro che intendono tutelarsi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra"), che può essere utilizzato sia in forma individuale che cumulativa. Il prodotto è inoltre utilizzabile per coperture di attività limitate svolte per conto del Contraente, quali associazioni ricreative, di assistenza e di volontariato.</p>
--



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 24,74% (al 31/12/2022).
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti: ITAS MUTUA – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38122 Trento, Italia; 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.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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). 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: https://ec.europa.eu/info/fin-net .

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale	Al contratto è applicata l'imposta sulle assicurazioni con aliquota 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.
----------------------------	---

applicabile al contratto	
--------------------------	--

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.