

**ONEBROKER**  
il vostro consulente assicurativo **unico**



ESTRATTO  
POLIZZA INFORTUNI

## Sommario

CONDIZIONI CHE MODIFICANO/INTEGRANO IL FASCICOLO INFORMATIVO PROD. 1031 .....	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	4
DEFINIZIONI.....	4
FORME CONTRATTUALI .....	0
CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI .....	1
PRESTAZIONI.....	3
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO .....	6
CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI CUMULATIVE.....	7

## **CONDIZIONI CHE MODIFICANO/INTEGRANO IL FASCICOLO INFORMATIVO PROD. 1031**

### **RISCHIO ASSICURATO**

L'assicurazione si intende prestata per gli infortuni subiti dagli assicurati iscritti presso il sindacato Contraente di polizza.

#### **Morte**

Somma assicurata **€ 10.000,00**

#### **Invalidità Permanente**

Somma assicurata **€ 10.000,00**

#### **Indennità per solo ricovero da Infortunio**

Somma assicurata **€ 25,00**

### **DEROGA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:**

L'Art. 30 **Indennità da ricovero** a seguito di infortunio si intende annullato e così sostituito:

L'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi e per un massimo di 30 giorni.

Art. 25 **Inabilità temporanea** e Art. 26 **Franchigie sulla Inabilità Temporanea** si intendono annullati e così sostituiti:

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea per un periodo uguale o maggiore di 8 giorni, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza in una unica soluzione forfettaria.

Nel caso in cui l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea per un periodo inferiore o uguale a 7 giorni non verrà corrisposto nessun indennizzo.

La liquidazione viene effettuata solo su presentazione della documentazione che attesta l'accesso al Pronto soccorso

## 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:

<b>Assicurato</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
<b>Assicurazione cumulativa</b>	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;
<b>Beneficiario</b>	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;
<b>Contraente</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione;
<b>Convalescenza domiciliare</b>	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica;
<b>Day Hospital/Day surgery</b>	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;
<b>Franchigia</b>	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'assicurato;
<b>Inabilità temporanea</b>	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;
<b>Invalità permanente</b>	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;
<b>Indennizzo</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
<b>Intervento chirurgico</b>	atto medico che prevede la cruentazione dei tessuti mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica (laser) a fine terapeutico;
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	intervento chirurgico eseguito senza ricovero;
<b>Istituto di cura</b>	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; <b>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, ri-educative ed estetiche, gli stabilimenti termali;</b>
<b>Malattia preesistente</b>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
<b>Polizza</b>	il documento che prova l'assicurazione;
<b>Premio</b>	la somma dovuta dal contraente alla Società;
<b>Ricovero</b>	permanenza in istituto di cura con pernottamento;

<b>Sci alpino</b>	la pratica dello sci, compreso il fuori pista purché effettuato nelle zone adiacenti le piste battute e servite da impianti di risalita;
<b>Sci alpinismo</b>	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;
<b>Sci estremo</b>	discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza;
<b>Scoperto</b>	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'assicurato;
<b>Sforzo</b>	dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori dalla comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato;
<b>Sinistro</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
<b>Società</b>	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
<b>Sport ricreativo</b>	attività che, anche se svolta sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI, viene considerata come praticata nel tempo libero;
<b>Sport non ricreativo</b>	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;
<b>Sport professionistico</b>	attività svolta in maniera continuativa e che costituisce fonte di reddito principale per l'assicurato;
<b>Termini di aspettativa</b>	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia;
<b>Utensili per hobbistica</b>	si intendono le macchine od utensili azionati a motore quali i normali elettrodomestici ed i piccoli utensili a motore.

## FORME CONTRATTUALI

<b>Completa: rischio professionale ed extra</b>	L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;</li> <li>- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.</li> </ul>
---	--

## 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.

Omissis

### → **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 scapolo 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%
- 12ª dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
• Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%

• Esiti di frattura del sacro	3%
• Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
• Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
• Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
• Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
• Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

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

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

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

#### → **Art. 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;

Omissis

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

#### → **Art. 25 Inabilità temporanea e 26 Franchigie sulla Inabilità Temporanea**

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea per un periodo uguale o maggiore di 8 giorni, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza in una unica soluzione forfettaria.

Nel caso in cui l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea per un periodo inferiore o uguale a 7 giorni non verrà corrisposto nessun indennizzo.

**La liquidazione viene effettuata solo su presentazione della documentazione che attesta l'accesso al Pronto soccorso**

#### → **Art. 27 Indennità da immobilizzazione**

Non Operante

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

Non Operante

#### → **Art. 29 Liquidazione**

Omissis

→ **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.

Omissis

→ **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).

Omissis

### → **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.

**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.**