

PlurITAS - Infortuni cumulativa

CONDIZIONI GENERALI

PlurITAS - Infortuni cumulativa/X3005.0 – edizione giugno 2012

INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
FORME CONTRATTUALI	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI	5
PRESTAZIONI	7
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI CUMULATIVE	12
CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI DIRIGENTI	13
CONDIZIONI POLIZZE INFORTUNI AMMINISTRATORI	15
CONDIZIONI PARTICOLARI valide solo se richiamate in polizza	15
CONDIZIONI SPECIALI valide solo se richiamate in polizza	16
ALLEGATO 1 - TABELLE INAIL	17
CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO	19

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 una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206 del Codice del Consumo;
BENEFICIARIO	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone designate dal Contraente, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
CONTRAENTE	il soggetto che stipula il contratto;
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;
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea;
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
INABILITÀ TEMPORANEA	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
INVALIDITÀ PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
ISTITUTO DI CURA	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture che hanno finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali;
MALATTIA	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
RICOVERO	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital e/o day surgery;
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
SOCIETÀ	la Società del Gruppo ITAS (ITAS Mutua, ITAS Assicurazioni S.p.A., Assicuratrice Val Plave S.p.A.) che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;

SPORT PROFESSIONISTICO	attività svolta in maniera continuativa e che costituisce fonte di reddito principale per l'Assicurato;
TERMINI DI ASPETTATIVA	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

FORME CONTRATTUALI

→ Completa "24 ore su 24"

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

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

→ Rischio professionale

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

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

→ 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 (non polizze 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 consigliare, 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 relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile).

→ Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

→ Art. 3 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

→ 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 è stato pagato, 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 del suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

→ Art. 6 - Validità territoriale.

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

→ Art. 7 - Aggravamento del rischio.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

→ Art. 8 - Diminuzione del rischio.

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

→ Art. 9 - Modifiche dell'assicurazione.

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

→ Art. 10 - Oneri fiscali.

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

→ Art. 11 - Rinvio alle norme di legge.

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

CONDIZIONI GENERALI POLIZZA INFORTUNI

→ Art. 12 - Rischio assicurato.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate nella scheda di polizza.

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 - delle Condizioni Generali di assicurazione.

→ Art. 13 - Infortuni causati 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 aero-club. 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'esonero 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 del camper - di macchine agricole e operatrici, salvo che l'uso di tali mezzi non rientri nello svolgimento dell'attività professionale, principale o secondaria, dichiarata in polizza;
- 3) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, salvo quanto disposto dall'art. 14 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 4) da stato di etilismo acuto con valori di alcolemia superiori allo 0,80 g/M se l'Assicurato si trova alla guida di mezzi a motore e velocipedi in genere;
- 5) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biumorali;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 7) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 8) da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 16 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 9) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

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

Gli infarti sono sempre esclusi.

→ Art. 18 - Persone non assicurabili

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

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento

di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

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

→ Art. 19 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza. Indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute: pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art. 23 - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione.

→ Art. 20 - Limite di età

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

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

PRESTAZIONI

→ Art. 21 - Morte

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

→ Art. 22 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) del codice civile o dell'art. 211 del codice della navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

→ Art. 23 - 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	
• anchilosì della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosì del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• anchilosì 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%	
• anchilosì dell'anca in posizione favorevole	35%	
• anchilosì del ginocchio in estensione	25%	
• anchilosì della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
• anchilosì della tibio-tarsica con anchilosì 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 deformi	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 mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro verranno 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 - "Invalidità Permanente" - , la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

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

1. La prima, fino a 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 100.000,00 euro della prima e fino a 250.000,00 euro di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.
3. La terza, pari all'eventuale eccedenza di 250.000,00 euro delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.

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

→ Art. 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 - Inabilità Temporanea - delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea non sia superiore a 30,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;

2. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 30,00 euro, ma non a 50,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall'8° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;

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

→ 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 elasticici;

4. i vari tipi di collari eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali.

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come piacche, chiodi e simili: tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo forfeitario pari all'1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 1.000,00 euro.

→ Art. 28 - Rimborso delle spese di cura consequenti 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 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;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle entro il limite di 1.000,00 euro;
- le spese dentali 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 1.000,00 euro.

→ 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 50,00 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 180 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. 31 - Esclusioni

L'indennità giornaliera non viene corrisposta:

- per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
- per ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come case di cura.

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

→ Art. 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.

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

→ Art. 33 - Termini di aspettativa - carenze

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- 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;
- 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;
- 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:

- le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preeistenti 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;
- le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preeistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
- la cura delle malattie dentarie e delle parodontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- l'aborto non terapeutico;
- le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 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";
- le conseguenze di infortuni esclusi dall'art. 17 - "Esclusioni";
- trasformazioni o assottamenti 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;
- guerre e insurrezioni.

CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

→ Art. 35 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato

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 essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di Inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

→ Art. 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 - delle Condizioni Generali di assicurazione debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunerare 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: 1.033.000,00 euro per persona e 5.000.000,00 euro per aeromobile;
- per il caso di Invalidità permanente totale: 1.033.000,00 euro per persona e 5.000.000,00 euro per aeromobile;
- per il caso di Inabilità temporanea: 260,00 euro per persona e 5.170,00 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 facitazione 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

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 23 delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di Infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

→ Art. 49 - Malattie professionali

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 delle Condizioni di assicurazione 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

A parziale deroga dell'art. 17 punto 12, delle Condizioni di assicurazione, 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

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

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.

→ Art. 53 - Rimborso delle spese di cura consequenti a infortunio

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

- rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero;
- interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di Intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici e presidi medici per medicazione ed accertamenti diagnostici conseguenti all'infortunio ed effettuati nel 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 nel 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 5.000,00 euro;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle entro il limite di 1.000,00 euro;
- le spese dentarie di natura post traumatica che abbiano interessato denti sani – Intendendo denti non affetti da patologie preesistenti o trattati da carie precedenti – entro il limite massimo di 2.500,00 euro.

→ Art. 54 - Liquidazione

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoppio 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

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:

1. per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
2. per ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come case di cura.

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

→ Art. 57 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio, malattia, parto

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o da malattia, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza e per una durata massima di 300 giorni per ricovero e per anno assicurativo.

Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera 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

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.

Al 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 recolazione 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 POLIZZE 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

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'art. 23 delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di Infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

→ Art. 61 - Anticipo Indennizzo

In caso di Infortunio che determini una invalidità permanente presumibilmente superiore al 30% è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulla liquidazione dell'indennizzo dovuto dalla Società che non potrà essere superiore all'importo corrispondente al 50% della presunta invalidità.

Tale anticipo verrà corrisposto non prima che siano trascorsi tre mesi dall'infortunio.

→ Art. 62 - 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 2.500,00 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

In caso di rischio temporaneo o limitato e per polizze di durata inferiore all'anno l'ipotesi scelta verrà indicata sulla scheda di polizza

→ Art. 63 - Invalidità permanente con franchigia differenziata

A parziale deroga dell'art. 23 - Invalidità Permanente -, la liquidazione dell'indennità per Invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

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

1. La prima, fino a 250.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 250.000,00 euro 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. 23 - Invalidità Permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione resta convenuto che relativamente al caso di Invalidità Permanente, la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.

→ Art. 65 - Inabilità temporanea con franchigia differenziata

A parziale deroga dell'art. 26 - Inabilità Temporanea - delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso la somma assicurata per Inabilità temporanea non sia superiore a 50,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
2. Nel caso la somma assicurata per Inabilità temporanea sia superiore a 50,00 euro, ma non a 100,00 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 - Inabilità Temporanea - delle Condizioni Generali di assicurazione 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 delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

→ Art. 69 - Trattamenti riabilitativi e fisioterapici

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società rimborsa, entro il massimale di 2.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute per trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapici 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.

→ 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 2.500,00 euro.

→ Art. 71 - Rimborso spese trasporto

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società, entro il limite di 2.000,00 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 2.500,00 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.

**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 anatomico 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	
Anchilosì completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosì 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'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30

Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8
Anchilosì 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'anchilosì sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosì totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosì 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'anchilosì sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosì 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
Anchilosì 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
Anchilosì completa rettilinea del ginocchio	35
Anchilosì 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 mancinoismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilita 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

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

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

L'ITAS Mutua ha sede in Trento, Via Mantova, 67. Esso può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

→ Art. 3 - Contribuzioni

A tale scopo i Soci-Assicurati si obbligano di contribuire con gli occorrenti mezzi, secondo le disposizioni del presente Statuto. La responsabilità dei Soci-Assicurati è limitata al solo pagamento dei contributi annuali stabiliti dallo Statuto e finisce col cessare dell'assicurazione. La responsabilità dei Soci sovventori è limitata alle quote sottoscritte. È esclusa ogni garanzia sussidiaria. Le obbligazioni della Società sono garantite dal patrimonio sociale.

→ Art. 8 - Vincolo sociale

Il vincolo sociale nei confronti del Socio-Assicurato è obbligatorio per il periodo indicato nella polizza di assicurazione dallo stesso stipulata e si rinnova tacitamente, unitamente al contratto di assicurazione, per il periodo sancito per quest'ultimo dalle norme di legge, qualora il Socio non dia formale disdetta almeno sei mesi prima della scadenza e così successivamente.

Di regola tale durata è stipulata per periodi decennali.

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

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

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

Ogni altra forma di disdetta dalla Società è nulla.

Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione.

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

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

→ Art. 24 - Rappresentanza

La rappresentanza legale dell'ITAS Mutua spetta al Presidente ed in sua assenza od impedimento ai Vicepresidenti del Consiglio di amministrazione.

La firma sociale spetta al Presidente o ai Vicepresidenti; può essere delegata anche ad un Amministratore e, per gli atti di ordinaria amministrazione ed in genere per quelli di assicurazione, al Direttore Generale o ad altre persone designate dal Consiglio di amministrazione. La rappresentanza giudiziaria spetta ai rappresentanti legali, oltre che ai Dirigenti, ai quali sia demandata dal Consiglio di amministrazione.

Copia Integrale dello Statuto è a disposizione dei Soci - Assicurati presso la sede dell'Agenzia