

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: “Infortuni Fuori Casa”



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

Che tipo di assicurazione è?

Infortuni Fuori Casa è un prodotto rivolto alle persone fisiche titolari di un contratto Telepass Family con Telepass S.p.A. per la copertura degli infortuni accaduti fuori dall’abitazione.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie (sempre operanti):

Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

La Società, in caso di ricovero dell’assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio **verificatosi nel Territorio italiano (compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano), fuori dall’abitazione:**

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero (**escluse le degenze diurne in day hospital**). Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo del servizio Telepass, l’indennità giornaliera indicata nella polizza viene raddoppiata.

Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio

La Società, in caso di degenza domiciliare successiva al ricovero dell’assicurato reso necessario da infortunio **verificatosi nel Territorio italiano (compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano):**

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di degenza domiciliare. Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo del servizio Telepass, l’indennità giornaliera indicata nella polizza viene raddoppiata.

Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

La Società, in caso di frattura ossea a seguito di infortunio dell’assicurato che comporti la necessità di un’ingessatura o di un tutore che blocchi il movimento degli arti:

- ✓ corrisponde un’indennità giornaliera per un determinato periodo di immobilizzazione. Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo del servizio Telepass, l’indennità giornaliera indicata nella polizza viene raddoppiata.

Rimborso spese mediche da infortunio

La Società, in caso di infortunio dell’assicurato:

- ✓ rimborsa, fino alla concorrenza massima indicata nel certificato di assicurazione, le seguenti spese mediche e di cura:
 - accertamenti diagnostici;
 - onorari per visite specialistiche;
 - spese legate all’intervento chirurgico;
 - rette di degenza;
 - medicinali;
 - trasporto al pronto soccorso con mezzi sanitari;
 - trattamento fisioterapico/rieducativo prescritto da medico specialista.

Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo del servizio Telepass, la prestazione massima indicata nella polizza viene raddoppiata.

Se le spese mediche sono sostenute in assenza di ricovero / intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici / rieducativi la somma sopra indicata è ridotta della metà.

Inabilità temporanea totale da infortunio

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

- ✓ corrisponde la prestazione fissa indicata nel certificato di assicurazione ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di inabilità temporanea totale, per un massimo di sei mesi. Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo del servizio Telepass, la prestazione fissa indicata nella polizza viene raddoppiata.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l’assicurato nei limiti delle indennità e somme indicate sulla polizza.

Se il sinistro si verifica durante l’utilizzo dei servizi Telepass, indennità e somme assicurate sono raddoppiate.



Che cosa non è assicurato?

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

Sono esclusi gli infortuni:

- ✗ causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall’assicurato;
- ✗ causati da alcolismo e/o tossicodipendenza;
- ✗ causati da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ causati da attività sportive remunerate;
- ✗ accaduti all’interno dell’abitazione;
- ✗ alla guida di qualsiasi veicolo, se l’assicurato è privo di abilitazione alla guida,
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ dalla pratica di sport pericolosi

Non sono assicurabili le persone fisiche:

- di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 69 anni; in caso di “Opzione Famiglia” non sono assicurabili i figli del Contraente che hanno compiuto 26 anni e/o non sono fiscalmente a carico.

- che percepiscono una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall’INPS o da altro ente previdenziale pubblico;



Ci sono limiti di copertura?

Nella polizza sono indicate le franchigie e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

! Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

indennità giornaliera per un periodo massimo di 120 giorni per sinistro e per periodo assicurativo

! Indennità giornaliera per convalescenza a seguito di infortunio:

indennità giornaliera per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro e per periodo assicurativo

Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

indennità giornaliera per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro e per periodo assicurativo

! Rimborso spese mediche da infortunio:

Spese mediche e di cura sostenute entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino alla somma massima di 400 euro, previa deduzione di una franchigia di 50 euro per sinistro (salvo che l'assicurato si avvalga di prestazione erogate dal Servizio Sanitario Nazionale).

Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero/ intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/ riabilitativi la prestazione massima è pari a 200 euro.

Inabilità temporanea totale da infortunio

Prestazione corrisposta:

- a condizione che l'ITT abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta pari a 30 giorni consecutivi;
- fino a un massimo di 6 mensilità per assicurato e per periodo assicurativo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo, ad eccezione delle garanzie **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio e Indennità giornaliera per convalescenza a seguito di infortunio che sono operanti solo se l'infortunio si è verificato nel Territorio italiano.**



Che obblighi ho?

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso scritto alla Società entro 10 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato (art.1913 del Codice Civile) o da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia può essere inviata anche via email all'indirizzo aperturasinistri@gruppoitas.it.



Quando e come devo pagare?

Il premio è mensile e viene addebitato sul conto corrente indicato dal Contraente per l'addebito del canone Telepass.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 della data di acquisto della polizza o di altro giorno successivo scelto dal Contraente, e indicato nella polizza. La polizza ha durata annuale con frazionamento mensile e si rinnova tacitamente di anno in anno a condizione che alla data del rinnovo venga pagato il premio.

Se il primo addebito non va a buon fine, ai sensi dell'art. 1901 Codice civile, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente provvede al pagamento. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga le rate di premio successive, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Il contraente può riattivare la copertura versando i premi mancanti. In questo caso la copertura riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva; pertanto, **eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione non saranno indennizzati dalla Compagnia.**



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento è possibile recedere dalla polizza **entro 14 giorni dalla data del suo acquisto**, o dalla data di ricezione della documentazione precontrattuale se tale data è successiva; la Società procederà alla restituzione della parte di premio netto pagato e non goduto.

Entrambe le Parti possono disdire la polizza ad ogni ricorrenza annuale, inviando una comunicazione tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo Piazza delle Donne Lavoratrici, n. 2, CAP 38122, Trento, Italia o posta elettronica certificata (PEC) itas.mutua@pec-gruppoitas.it, **da spedire almeno 15 giorni prima della scadenza annuale.** In alternativa il contraente può inviare la comunicazione all'indirizzo di posta elettronica portafoglio.danni@gruppoitas.it

Il Contraente può disdire la polizza anche ad ogni scadenza mensile, inviando la comunicazione almeno 15 giorni prima della scadenza mensile stessa. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Assicurazione Infortuni

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



Compagnia: ITAS Mutua
Prodotto: " Infortuni Fuori Casa "

Data di realizzazione: 01/12/2022

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

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

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

Di seguito si riportano le informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa riferite all'ultimo bilancio d'esercizio redatto secondo i principi contabili vigenti, unitamente alle informazioni sulla solvibilità presenti nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet al seguente link: <https://www.gruppoitas.it/bilanci>.

Importi al 31/12/2021 (mln di €)	Capitale sociale	Riserve patrimoniali	Patrimonio netto	Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR)	Requisito Patrimoniale Minimo (MCR)	Fondi Propri Ammissibili per SCR	Fondi Propri Ammissibili per MCR	Indice di Solvibilità
	212	228	446	390	142	959	865	246%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

Il Contraente della polizza può essere una persona fisica che assicura solo sé stesso (Opzione individuale) o sé e il suo nucleo familiare (Opzione famiglia).



Che cosa NON è assicurato?

Per tutte le garanzie

Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono previste anche le seguenti ulteriori esclusioni.

L'assicurazione non copre la conseguenza di :

- guerra, insurrezione, occupazione militare e invasione;
- 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);
- partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- viaggi e voli aerei, ad eccezione di quelli effettuati con aereo adibito a trasporto pubblico di passeggeri;
- malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'infortunio;
- infarto;
- partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche o motoristiche salvo quelle di regolarità pura, o di natanti a motore;

<ul style="list-style-type: none"> - missioni al di fuori dei confini italiani di militari e forze dell'ordine; - armi utilizzate dall'Assicurato nell'esercizio dell'attività venatoria.
<p>Garanzia Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono escluse le lesioni a cartilagini e le fratture di ossa nasali.</p>
<p>Garanzia Rimborso spese mediche da infortunio Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono escluse le protesi dentarie, le parodontopatie, le cure odontoiatriche, le cure estetiche e gli onorari di medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente ad Infortunio.</p>
<p>Garanzia Inabilità temporanea totale da infortunio Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono escluse le conseguenze di patologie lombari o dorsali in assenza di una patologia comprovata.</p>

 Ci sono limiti di copertura?	
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	Il ricovero deve essere iniziato nel periodo di validità della copertura assicurativa, deve essere stato disposto da personale medico e deve aver comportato almeno un pernottamento in Istituto di cura.
Indennità giornaliera per convalida a seguito di infortunio	L'indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo a quello della dimissione a condizione che la convalida sia iniziata nel periodo di validità della copertura assicurativa e sia stata prescritta in fase di dimissione o dal medico curante entro il terzo giorno dalla dimissione dall'istituto di cura.
Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	L'infortunio, che deve aver comportato l'accesso ad una struttura di Pronto Soccorso (con certificato di pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dal Sinistro), deve essersi verificato nel periodo di validità della copertura assicurativa e deve avere come conseguenza una frattura ossea; la frattura deve essere stata diagnosticata entro 30 giorni dall'infortunio. Il gesso o il tutore immobilizzante devono essere applicati e rimossi da personale medico.
Rimborso spese mediche da infortunio	In assenza di Ricovero o intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/ rieducativi: certificato di pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dal Sinistro;
Inabilità temporanea totale da infortunio	L'infortunio deve essersi verificato nel periodo di validità della copertura assicurativa. L'inabilità temporanea totale deve iniziare nel periodo di validità del contratto e deve essere certificata da un medico abilitato a esercitare in un paese membro UE.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (ad esempio la mancata dichiarazione di pensione di invalidità permanente INPS o di altro ente pubblico) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	Riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, la Società provvede al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	In caso recesso del Contraente entro 14 giorni dalla data di acquisto della copertura assicurativa, la Società restituirà la parte premio netto pagato e non goduto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di ripensamento. In caso di cessazione del contratto relativo ai servizi Telepass concluso tra il Contraente e Telepass S.p.a., la Società restituirà il premio netto pagato e non goduto. In caso di perdita dei requisiti di assicurabilità la Società restituirà il premio netto pagato e non goduto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> - in caso di recesso o disdetta dal contratto; - in caso di cessazione del contratto tra Telepass e la Società; - in caso di decesso del contraente; - se contraente e/o l'assicurato perdono i requisiti di assicurabilità.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipula	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Disdetta	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai clienti dei servizi Telepass residenti in Italia quali singoli individui o famiglie che vogliono tutelare il proprio patrimonio con un indennizzo o un rimborso economico in caso di infortunio avvenuto fuori dall'abitazione. Le coperture sono dedicate a coloro che hanno più di 18 e meno di 70 anni e, nell'opzione famiglia, ai figli fiscalmente a carico e che non abbiano ancora compiuto i 26 anni.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, compresi nel premio, sono pari al 27,7 %.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti: ITAS MUTUA – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38122 Trento, Italia; Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it . I reclami devono contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; e) breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze. Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: le Condizioni di Assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net .

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al contratto è applicata l'imposta sulle assicurazioni con aliquota del 2,50% sui premi imponibili.
---	---

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



Infortuni Fuori Casa

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prodotto per l'assicurazione infortuni al di fuori dell'abitazione- Mod.X3600.0



Edizione 12/2022

Queste condizioni di assicurazione sono state redatte secondo le Linee guida "Contratti semplici e chiari".

INDICE

GLOSSARIO	3
NORME DI CARATTERE GENERALE	5
COSA È ASSICURATO	7
COSA NON È ASSICURATO	10
LIMITI DI COPERTURA	11
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	12
ESTRATTO DELLO STATUTO	13

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali e forniscono chiarimenti su termini o temi specifici, o indicano a chi rivolgersi o come comportarsi in caso di necessità. Questi box non hanno valore contrattuale ma solo informativo e, per questo, è importante fare sempre riferimento alle condizioni a cui si riferiscono.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunati Fuori Casa

Glossario

GLOSSARIO

I vocaboli elencati nel glossario sono evidenziati nel documento con lettera maiuscola

Abitazione	i locali destinati a civile abitazione ove l'Assicurato ha residenza e/o domicilio, comprese le relative pertinenze (soffitta, cantina, giardino, balcone) ed escluse le quote di Fabbricato di proprietà comune (terrazzi, scale ecc.).
Assicurato	la persona fisica, residente in Italia, sulla cui persona ha effetto la copertura assicurativa: il Contraente stesso (nel caso di opzione individuale) o i componenti del Nucleo familiare (nel caso di opzione famiglia).
Contraente	chi stipula l'assicurazione, ovvero la persona fisica residente in Italia, titolare di un contratto Telepass Family.
Convalescenza	il periodo di tempo, immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per riabilitazione e cure domiciliari.
Day Hospital	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.
Decorrenza	il momento in cui le garanzie acquistano efficacia.
Franchigia	per la garanzia Rimborso spese mediche da infortunio: la parte di danno – espressa in cifra fissa o in percentuale – che resta a carico dell'Assicurato; per la garanzia Inabilità temporanea totale da Infortunio: periodo di tempo che non rileva nel calcolo dell'Indennizzo.
Inabilità temporanea totale	la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione, se lavoratore, o di svolgere almeno due delle 4 attività basilari inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi), se non lavoratore.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, <i>hospice</i> , regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle Autorità competenti, 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 con prevalenti finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche, gli stabilimenti termali.
Nucleo familiare	il Contraente persona fisica e le persone iscritte nel suo stato di famiglia e con lui stabilmente conviventi.
Periodo assicurativo	periodo pari a un anno, calcolato a partire dalla data di acquisto e/o Decorrenza della copertura assicurativa.
Polizza	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunati Fuori Casa

Glossario

Ricovero	la permanenza in Istituto di cura con pernottamento, disposta da personale medico e documentata con cartella clinica.
Servizio Telepass	servizio fornito da Telepass S.p.a. connesso all'utilizzo di uno dei seguenti mezzi di trasporto: <ul style="list-style-type: none">- Autovettura con targa collegata al dispositivo di pagamento pedaggi Telepass;- Taxi prenotato e pagato tramite app Telepass;- Monopattino noleggiato e pagato tramite l'app Telepass;- Car/ scooter/ bike sharing noleggiato e pagato tramite l'app Telepass;- Mezzo di trasporto pubblico il cui biglietto sia stato acquistato tramite app Telepass.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione.
Sport pericolosi	alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, scalata su ghiaccio, arrampicata libera, torrentismo e simili, downhill, speleologia, bungee jumping, sci acrobatico, freestyle non praticato in snowpark, sci e snowboard fuori pista con pendenza superiore al 40%, bob , slittino su pista, skeleton, snowkite, hockey, immersione con o senza autorespiratore, kitesurfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, wakeboard, lotta, pugilato, arti marziali, sollevamento pesi, rugby, football americano. Le attività sportive assimilabili a quelle sopra riportate ma non specificamente indicate saranno classificate per analogia alla più simile tra quelle in elenco.
Tecnica di comunicazione a distanza	qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto.
Telefonia vocale	tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso del telefono (call center abilitato).
Territorio italiano	il territorio della Repubblica italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.
Tutore immobilizzante	presidio immobilizzante inamovibile, limitatamente al tronco o ai grandi segmenti scheletrici, che costringa l'Assicurato a riposo assoluto o gli impedisca di deambulare liberamente e di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortuni Fuori Casa

Norme di carattere generale

NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 1.1 - 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 e la stessa cessazione dell'assicurazione** secondo gli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 1.2 - MODALITÀ DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il Contraente può procedere all'acquisto delle coperture assicurative previste in questo contratto tramite Tecnica di comunicazione a distanza (Telefonia vocale, sito internet o applicazione mobile di Telepass).

Il contratto si intende perfezionato al momento della conferma dell'acquisto da parte del Contraente, anche nel caso in cui il Contraente non restituisca i documenti debitamente firmati.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di acquisto o di altro giorno successivo, scelto dal Contraente, e indicato nella Polizza, a condizione che il Premio sia pagato.

Il Premio viene addebitato sul conto corrente del Contraente, associato per l'addebito del canone Telepass.

Se il primo addebito non va a buon fine, ai sensi dell'art. 1901 Codice civile, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente provvede al pagamento. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga le rate di premio successive, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Il contraente può riattivare la copertura versando i premi mancanti. In questo caso la copertura riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva; pertanto, **eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione non saranno indennizzati dalla Compagnia.**

Il Contraente, prima della conclusione del contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato elettronico o cartaceo) della documentazione precontrattuale e contrattuale e avrà la possibilità di modificare tale scelta anche in corso di contratto, senza alcun costo a suo carico. La richiesta può essere comunicata alla Società all'indirizzo portafoglio.danni@gruppoitas.it o con raccomandata AR.

Art. 1.3 - DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del contratto è annuale, con tacito rinnovo alla scadenza, se permangono i requisiti previsti dall'2.1.1 - Operatività dell'assicurazione.

Il Premio è frazionato in rate mensili, con facoltà per il Contraente di rescindere il contratto prima della scadenza di ogni rata, come previsto al successivo art. 1.6 - Disdetta dell'assicurazione e diritto di recesso.

Il Contraente non può chiedere la sospensione della copertura assicurativa.

Art. 1.4 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA

Il Contraente è esonerato:

- dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire;
- dall'obbligo di denunciare gli eventuali contratti infortuni individuali che gli Assicurati avessero stipulato o stipulassero per proprio conto.

Art. 1.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 1.6 - DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE E DIRITTO DI RECESSO

Sia il Contraente che la Società possono disdire l'assicurazione alla scadenza annuale **inviando una comunicazione all'altra Parte tramite lettera raccomandata AR all'indirizzo Piazza delle Donne Lavoratrici, n. 2, CAP 38122, Trento, Italia o posta elettronica certificata (PEC) da spedire almeno 15 giorni prima della scadenza annuale. Il Contraente potrà, in alternativa, inviare la comunicazione all'indirizzo di posta elettronica portafoglio.danni@gruppoitas.it.**

Inoltre, il Contraente può recedere dall'assicurazione ad ogni ricorrenza mensile di scadenza della rata di Premio, inviando una comunicazione alla Società, almeno 15 giorni prima della scadenza mensile stessa, tramite lettera raccomandata AR all'indirizzo Piazza delle Donne Lavoratrici, n. 2, CAP 38122, Trento, Italia o all'indirizzo di posta elettronica portafoglio.danni@gruppoitas.it

In caso di disdetta annuale o di recesso mensile non sono previsti oneri aggiuntivi e la copertura cessa alla scadenza del periodo assicurativo, annuale o mensile, per cui è stato pagato il Premio o la rata di Premio.

Art. 1.7 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto per ripensamento **entro 14 giorni** dalla data di acquisto della copertura assicurativa. **Per esercitare il diritto di ripensamento è necessario effettuare una comunicazione di recesso alla Società**, tramite posta elettronica all'indirizzo portafoglio.danni@gruppoitas.it o raccomandata AR, contenente gli elementi identificativi della Polizza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunati Fuori Casa

Norme di carattere generale

Il recesso dal contratto per ripensamento darà diritto al Contraente di ottenere la restituzione della parte di Premio netto pagato e non goduto, che verrà rimborsato dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione.

Art. 1.8 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa cessa:

- in caso di recesso dalla Polizza per ripensamento, con restituzione della parte di Premio netto pagato e non goduto come indicato all'Art. 1.7;
- in caso di disdetta annuale o di recesso mensile della Polizza (Art. 1.6);
- in caso di cessazione del contratto relativo ai Servizi Telepass sottoscritto tra il Contraente e Telepass S.p.a., con restituzione del Premio netto pagato e non goduto;
- in caso di decesso del Contraente, con restituzione della parte di Premio netto pagato e non goduto;
- se in corso di contratto il Contraente - Assicurato con l'opzione Individuale - perde i requisiti di assicurabilità (Art. 2.1.1), con restituzione della parte di Premio netto pagato e non goduto.

Art. 1.9 - ONERI FISCALI

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

Art. 1.10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Questo contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 1.11 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo, **ad eccezione delle garanzie Indennità giornaliera per ricovero da infortunio e Indennità giornaliera per Convalescenza a seguito di infortunio, valide a condizione che l'Infortunio si sia verificato nel Territorio italiano.**

Art. 1.12 - CLAUSOLA BROKER

Agli effetti delle condizioni normative tutte della Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Telepass Broker S.r.l. (di seguito, il "Broker") iscritto al R.U.I. B000590579 ai sensi del D.lgs n. 209 del 2005.

Le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto della Contraente, si intenderanno come fatte dalla Contraente stessa. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dalla Contraente alla Società, prevarranno queste ultime. Qualora la Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro broker oppure qualora la Contraente rilasci ad altro broker un incarico scritto in data successiva, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti della Società e quest'ultima sarà in ogni caso riconosciuta estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra la Contraente ed il Broker o tra brokers. Resta inteso che ogni modifica della Polizza impegna le Parti solo dopo la firma dell'atto relativo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortuni Fuori Casa

Cosa è assicurato

COSA È ASSICURATO

Art. 2.1.1 - OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie comprese nel prodotto, e indicate in seguito, prevedono un indennizzo o un rimborso economico per gli importi indicati sulla Polizza, **e con le limitazioni previste nella tabella dell'art. 2.4 - Limiti e franchigie**, in caso di Infortunio avvenuto **al di fuori dell'Abitazione**.

Gli indennizzi e i rimborsi previsti e indicati in Polizza si intendono raddoppiati in caso di Infortunio **verificatosi durante l'utilizzo del Servizio Telepass**.

Si intendono in copertura anche gli infortuni causati da:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. annegamento;
4. assideramento o congelamento;
5. folgorazione;
6. colpi di sole o di calore;
7. imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;
8. malore o alterazione di coscienza **che non siano stati provocati da alcolismo, dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene** non assunte a scopo terapeutico;
9. lesioni muscolari determinate da sforzi, **ad esclusione degli infarti**;
10. tumulti popolari o da atti di terrorismo **ai quali l'Assicurato non abbia partecipato**, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile;
11. gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile;
12. eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni e, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile, da movimenti tellurici;
13. guerra, guerra civile, insurrezione o lotta armata che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, **a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione**. La copertura opera a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile e **per un massimo di 14 giorni** dall'insorgere di tali eventi.

Il Contraente **può acquistare una sola Polizza Infortuni Fuori Casa**, scegliendo tra le seguenti opzioni:

- **Individuale**: le garanzie operano a favore del Contraente persona fisica, **se ha un'età compresa tra i 18 e 70 anni (non compiuti)**;
- **Famiglia**: le garanzie operano a favore del Contraente e del suo Nucleo familiare, se il Contraente e tutti i componenti del Nucleo familiare, eccetto i figli, hanno **un'età tra i 18 e i 70 anni (non compiuti)** e i figli del Contraente **non hanno ancora compiuto i 26 anni e sono fiscalmente a carico**.

In questa opzione **l'indennità** indicata nella tabella "Limiti e franchigie" (art. 2.4) e sulla Polizza **verrà divisa per il numero dei componenti del Nucleo familiare presenti sullo stato di famiglia al momento del Sinistro, come segue**:

- **nuclei di due persone: indennità divisa per due;**
- **nuclei di tre o più persone: indennità divisa per tre.**

Nel caso in cui in corso di contratto uno dei componenti del Nucleo familiare perda i requisiti di assicurabilità, la copertura prosegue per gli altri componenti. Se, al verificarsi di questa circostanza, il Nucleo familiare rimane costituito da una sola persona, è possibile passare dall'opzione Famiglia all'opzione Individuale, con ricalcolo del Premio.

Art. 2.1.2 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

La Società, in caso di Infortunio **verificatosi in Italia** durante il periodo di validità della copertura, che abbia come conseguenza il Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza per i giorni di durata del Ricovero, **con il massimo di 120 giorni**.

Sono escluse le degenze in Day hospital.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunî Fuori Casa

Cosa è assicurato

Esempio 1: opzione Famiglia con nucleo familiare composto da 4 componenti e Ricovero di un componente del nucleo.

- Indennità giornaliera indicata in Polizza: 150,00 €
- Indennità giornaliera individuale: $150 / 3 = 50$
- Ricovero in Istituto di cura per 130 giorni
- Limite massimo di giorni indennizzabili: 120
- La Società corrisponderà un Indennizzo di 6.000 €

Esempio 2: opzione Individuale

- Indennità giornaliera indicata in Polizza: 150,00 €
- Indennità giornaliera individuale: 150
- Ricovero in Istituto di cura per 40 giorni
- Limite massimo di giorni indennizzabili: 120
- La Società corrisponderà un Indennizzo di 6.000 €

Art. 2.1.3 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

In caso di Convalescenza dell'Assicurato **successiva ad un Ricovero indennizzato ai sensi di Polizza**, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di Convalescenza a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura, **con il massimo di 30 giorni**.

Ai fini dell'operatività della garanzia **la Convalescenza - che deve essere relativa ad un Infortunio verificatosi in Italia durante il periodo di copertura che abbia causato un Ricovero indennizzato ai sensi dell'art. 2.1.2 - deve iniziare nel periodo di validità della copertura assicurativa e deve essere prescritta nella dimissione post Ricovero dall'Istituto di cura o dal medico curante nei tre giorni successivi alla dimissione.**

Se la Convalescenza mi è stata prescritta per recuperare da un Infortunio accaduto all'estero ho diritto all' indennità?

No, l'Infortunio deve essere accaduto nel Territorio italiano e deve aver causato il Ricovero in un Istituto di cura.

Art. 2.1.4 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

Nel caso di frattura ossea **accertata radiologicamente** a seguito di Infortunio, con accesso ad una struttura di Pronto Soccorso e conseguente immobilizzazione **tramite 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, **con il massimo di 30 giorni**.

La garanzia è estesa alle fratture, **accertate radiologicamente e che comportino immobilizzazione**, anche se per la guarigione non è necessaria l'applicazione di mezzi di contenzione (ad esempio la frattura di cranio, coste, vertebre, bacino, coccige o sterno); in questo caso **l'indennità giornaliera sarà corrisposta sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso**.

Ai fini dell'operatività della garanzia:

- **l'Infortunio deve verificarsi nel periodo di validità della copertura;**
 - **la frattura ossea deve essere diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio;**
 - **il gesso o il Tutore immobilizzante devono essere applicati e rimossi da personale medico.**
- Sono escluse dalla copertura assicurativa le fratture delle ossa nasali e le lesioni cartilaginee.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunî Fuori Casa

Cosa è assicurato

Art. 2.1.5 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di Infortunio, verificatosi durante il periodo di copertura, la Società rimborsa le spese mediche sostenute **entro 120 giorni dalla data dell'Infortunio stesso e fino ad un massimo di 400,00 euro per anno assicurativo** per:

- rette di degenza,
- 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, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- visite specialistiche e accertamenti medici;
- trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica prescritti da medico specialista a seguito dell'infortunio dell'Infortunio (**per queste spese la somma assicurata è sempre ridotta alla metà**, come sotto indicato);
- trasporto dell'Assicurato al Pronto soccorso con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico.

Il rimborso verrà liquidato applicando una franchigia di 50,00 €, che restano a carico dell'Assicurato.

Se le spese mediche sono sostenute in assenza di ricovero o intervento chirurgico o per trattamenti fisio-terapici/rieducativi:

- **è necessario il certificato di Pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio;**
- **la somma assicurata è ridotta della metà.**

Sono escluse dalla copertura assicurativa le spese relative a:

- a) cure odontoiatriche;
- b) parodontopatie;
- c) protesi dentarie;
- d) prestazioni con finalità estetiche (fatte salve le spese per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o da interventi demolitivi);
- e) onorari di medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente ad Infortunio.

Art. 2.1.6 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Inabilità temporanea totale dell'Assicurato - **certificata da medico abilitato a esercitare l'attività in un paese membro dell'Unione Europea** - la Società corrisponde l'indennità fissa mensile indicata in Polizza ogni 30 giorni, **a partire dal 31° giorno di Inabilità temporanea totale, per ogni mese o frazione di mese fino ad un massimo di 6 mensilità di Indennizzo.**

Ai fini dell'operatività della garanzia:

- **l'Infortunio deve verificarsi nel periodo di validità della copertura;**
- **l'Inabilità temporanea totale deve iniziare nel periodo di validità della copertura.**

Sono escluse dalla copertura assicurativa le conseguenze di affezioni lombari o dorsali in assenza di una patologia comprovata.

Se la mia Inabilità temporanea totale dura per 30 giorni dall'Infortunio ho diritto ad un Indennizzo?

No, per essere indennizzabile l'ITT deve avere una durata di almeno 31 giorni.

Esempio: opzione Individuale, indennità scelta: 60,00 €, inabilità dal 12/9 al 17/11

Indennizzo corrisposto: 120,00 €

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortuni Fuori Casa

Cosa non è assicurato

COSA NON È ASSICURATO

Art. 2.2 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni causati da:

- a) guerra, insurrezione, occupazione militare ed invasione; relativamente alle garanzie di cui agli artt. 2.1.4, 2.1.5 e 2.1.6 se l'Assicurato è sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova al di fuori del Territorio italiano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- b) 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);
- c) uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto disposto dall'art. 2.1.1 punto 11;
- d) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- f) abuso di psicofarmaci o uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- g) alcolismo;
- h) tossicodipendenza;
- i) HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- j) tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- k) esercizio di attività sportive remunerate;
- l) 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 se l'Assicurato ha, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- m) malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'Infortunio;
- n) infarto;
- o) Infortunio accaduto all'interno dell'Abitazione;
- p) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- q) sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- r) partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche o motoristiche salvo quelle di regolarità pura, o di natanti a motore;
- s) pratica di Sport pericolosi;
- t) missioni al di fuori dei confini italiani di militari e forze dell'ordine;
- u) armi utilizzate dall'Assicurato nell'esercizio dell'attività venatoria.

Non sono assicurabili le persone fisiche di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 70 anni (non compiuti) e/o le persone che percepiscano una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico. In caso di "Opzione Famiglia" non sono assicurabili i figli del Contraente che hanno compiuto 26 anni e/o non sono fiscalmente a carico.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortuni Fuori Casa

Limiti di copertura

LIMITI DI COPERTURA

Art. 2.4 - LIMITI E FRANCHIGIE

Laddove siano previste più combinazioni negli importi delle indennità - indicati in tabella con a) e b) - vale quanto indicato sulla Polizza, in base alla scelta effettuata dal Contraente al momento dell'acquisto della copertura.

Art.	Titolo	Indennità per Opzione individuale	Indennità per Opzione Famiglia da dividersi sui componenti del nucleo come segue: - nuclei di due persone: indennità divisa per due - nuclei di tre o più persone: indennità divisa per tre	Franchigia	Limite di Indennizzo per Sinistro e per Periodo assicurativo
2.1.2	Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	a) 75 € b) 150 €	150 €		Massimo 120 giorni di Ricovero
2.1.3	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	a) 30 € b) 60 €	60 €		Massimo 30 giorni di Convalescenza
2.1.4	Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	a) 30 € b) 60 €	60 €		Massimo 30 giorni di immobilizzazione
2.1.5	Rimborso spese mediche da infortunio			50 € (*)	Per spese mediche sostenute in presenza di Ricovero e/o intervento chirurgico 400 €
				50 € (*)	Per spese mediche sostenute in assenza di Ricovero e/o intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici /riabilitativi 200 €
2.1.6	Inabilità temporanea totale da infortunio	a) 30 € b) 60 €	60 €	30 giorni di ITT	6 mensilità di Indennizzo (una per mese)

(*) la franchigia non si applica alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunî Fuori Casa

Cosa fare in caso di sinistro

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

NORME VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

Art. 3.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso scritto alla Società **entro 10 giorni** da quello in cui il Sinistro si è verificato (art.1913 del Codice Civile) o da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia può essere inviata anche via email all'indirizzo aperturasinistri@gruppoitas.it.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

Art. 3.2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'Infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato.

Alla denuncia del Sinistro vanno allegati i seguenti documenti:

- a) **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio:** cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza;
- b) **Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio:** certificato medico originale attestante la necessità e il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero;
- c) **Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio:** certificato di pronto soccorso **rilasciato entro 48 ore dal Sinistro**, esame radiografico attestante la frattura ossea e certificati medici originali attestanti l'applicazione e la rimozione dell'apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante;
- d) **Rimborso spese mediche da infortunio:** parcelle e ricevute di pagamento in originale. **In assenza di Ricovero o intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/ rieducativi:** certificato di pronto soccorso **rilasciato entro 48 ore dal Sinistro**;
- e) **Inabilità temporanea totale da infortunio:** certificato medico originale attestante il periodo di Inabilità temporanea totale.

Nel caso in cui sia stata scelta l'opzione Famiglia, se il Sinistro non riguarda il Contraente è necessario allegare anche l'originale dello stato di famiglia al momento del Sinistro.

Art. 3.3 - LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuti i documenti necessari e compiuti gli accertamenti del caso, la Società deve procedere alla valutazione del danno e dare comunicazione agli interessati dell'Indennizzo dovuto. Se non sorgono controversie, la Società provvede al pagamento, **entro il 30° giorno dalla accettazione dell'indennità comunicata.**

NORME VALIDE PER SINGOLE GARANZIE

Art. 3.4 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità temporanea totale abbia una durata superiore al periodo di **Franchigia assoluta pari a 30 giorni consecutivi**. La franchigia si calcola a partire dal primo giorno di inabilità temporanea totale. Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente Inabilità temporanea totale indennizzata, si verifica una nuova Inabilità, questa viene considerata come la continuazione della precedente e la franchigia non viene applicata nuovamente, ma la massima durata d'Indennizzo di 6 mesi si valuta complessivamente per i due periodi come fossero uno solo.

Se in occasione di un Sinistro risulta che l'Assicurato soffre di osteoporosi o altra malattia delle ossa, fermo l'Indennizzo dovuto per questo Sinistro, la garanzia cessa la sua validità per l'Assicurato, che continuerà a godere delle altre coperture. In caso di presenza di altri Assicurati, per essi la garanzia continuerà ad essere valida.

A chi posso rivolgermi per avere informazioni su un Sinistro già denunciato?

Per informazioni sui sinistri già denunciati posso:

- telefonare al numero verde 800 48 48 50 – da mobile e estero +39 0461/896301 da lunedì a sabato dalle 07:00 alle 22:00.
- scrivere all'indirizzo di posta elettronica sinsitri@gruppoitas.it

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunati Fuori Casa

Estratto dello Statuto

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. Essa può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

Art. 5 - Contribuzioni

Per il raggiungimento dello scopo sociale i Soci assicurati si obbligano a 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 del Socio-Assicurato

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 legale

La rappresentanza legale di 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 al precedente comma). Il Consiglio di amministrazione definisce il sistema delle procure e deleghe aziendali, attribuendo la rappresentanza della società anche a dipendenti o terzi con procure per singoli atti o categorie di atti contenenti le relative modalità di firma. Il Consiglio di amministrazione può autorizzare che determinati documenti e corrispondenze vengano sottoscritti in tutto o in parte con riproduzione meccanica della firma.

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



ITAS MUTUA

Società capogruppo

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

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

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