

**Polizza malattia critical illness/  
CON TE**

**CONDIZIONI GENERALI**

Polizza **CON TE** - Mod. X3180.0 – edizione 09/2018



INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
CONDIZIONI GENERALI MALATTIA	5
PRESTAZIONI – Critical illness	7
PRESTAZIONI – Invalidità permanente da malattia	9
SINISTRI	10
ALLEGATO 1 – Dichiarazione di Buono stato di salute	11
ALLEGATO 2 – Questionario sanitario	12
ALLEGATO 3 – Rapporto di visita medica	13
ESTRATTO DELLO STATUTO	16

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

## DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

<b>Assicurato</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
<b>Assicurazione</b>	il contratto di assicurazione;
<b>Evento</b>	lo stato patologico che rende necessarie le prestazioni previste dalle garanzie assicurative;
<b>Gravi Malattie</b>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio quali cancro, infarto, ictus, insufficienza renale, trapianto d'organo, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, cecità;
<b>Indennizzo</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
<b>Malformazione - difetto fisico</b>	deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni congenite o acquisite;
<b>Malattia</b>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
<b>Malattia mentale</b>	ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD - 10 del OMS) e l'epilessia;
<b>Malattia preesistente</b>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
<b>Malattie concorrenti</b>	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale;
<b>Malattie coesistenti</b>	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi;
<b>Polizza</b>	il documento che prova l'assicurazione;
<b>Premio</b>	la somma dovuta dal contraente alla Società;
<b>Prestazione forfettaria predeterminata</b>	la somma pagata dalla Società in forma predeterminata in base ad una forfettizzazione contrattuale dell'indennizzo/rimborso spese che l'assicurato sosterrà in caso di ricovero, di intervento chirurgico, visita specialistica ed esami diagnostici;
<b>Questionario medico</b>	il documento con il quale l'assicurato descrive il suo stato di salute e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto da ogni persona assicurata - in caso di minore da chi ne abbia la potestà - e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;
<b>Rischio</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro;
<b>Sinistro</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
<b>Società</b>	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle parti;
<b>Termini di aspettativa - Carenze</b>	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

---

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

---

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt.1892, 1893 e 1894 del codice civile).

→ **Art. 2 - Altre assicurazioni**

L'assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art.1910 del codice civile.

→ **Art. 3 - Assicurazioni in nome e per conto di terzi**

In caso di assicurazioni in nome e per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt.1892 e 1893 del codice civile.

→ **Art. 4 - Proroga dell'assicurazione**

L'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente per la durata massima di 5 anni; tuttavia, qualora il contraente, nel corso della durata quinquennale, non provveda al pagamento di uno dei premi annuali, il contratto si risolve automaticamente a decorrere dal 31° giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento.

→ **Art. 5 - 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 successivi, 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. 6 - Durata del contratto**

**A partire dalla data di denuncia di una grave malattia i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi, fatto salvo in ogni caso il diritto della Società a ricevere nei termini pattuiti il pagamento dell'intero premio riferito all'annualità in cui viene effettuata la denuncia.**

**Il pagamento della prestazione determina lo scioglimento del contratto a far data dalla denuncia e nulla sarà dovuto dalla Società in caso di diagnosi di una seconda malattia grave.**

**In caso di mancato riconoscimento dell'indennizzo, invece, il piano dei versamenti viene riattivato e il Contraente, informato tramite apposita comunicazione della Società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.**

→ **Art. 7 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'indennizzo viene comunque corrisposto in Italia, in euro.

→ **Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione**

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

→ **Art. 9 - Oneri fiscali**

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

→ **Art. 10 - Rinvio alle norme di legge**

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

### CONDIZIONI GENERALI MALATTIA

#### → **Art. 11 - Limiti di età**

##### Garanzia critical illness

L'assicurazione vale per le persone di **età non inferiore a 18 anni e non superiore a 65**.

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. L'età massima di assunzione del rischio è stabilita a **60 anni**.

##### Garanzia invalidità permanente da malattia

L'assicurazione si intende prestata per persone di età **non superiore a 75 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.

#### → **Art. 12 - Persone non assicurabili**

**La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del contraente che l'assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.**

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Il manifestarsi nell'assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

#### → **Art. 13 - Esclusioni**

**L'assicurazione non è valida nel caso in cui la 'Malattia Grave' sia stata causata direttamente o indirettamente:**

- **da malattie e stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'assicurato in quanto oggetto di cure o esami, o diagnosi, o causa di disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- **da malformazioni e difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- **da malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi psichiatrici in genere, forme maniaco depressive;**
- **da stati patologici correlati alla infezione da HIV;**  
**da malattie conseguenti a stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta con valori di alcolemia superiori allo 0,80 gM;**  
**da abuso di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni comprovati accertamenti biomorali;**
- **da incidenti di volo se l'assicurato si trova a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; sono sempre esclusi i membri dell'equipaggio di aeromobile;**
- **da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;**
- **dalla partecipazione a spedizioni alpinistiche, geografiche e di ricerca fuori dei confini d'Europa; nonché a imprese o atti temerari, di ardimento, di sopravvivenza e simili, dalla pratica di sport estremi;**
- **dalla pratica dei seguenti sport: alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, scalata su ghiaccio, arrampicata libera, arti marziali, bob, canyoning, downhill, football americano, freestyle non praticato in snowpark, hockey, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, parkour, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino su pista - intendendo una piccola slitta per una o due persone sulla quale si viaggia in posizione supina con i piedi in avanti e su piste ghiacciate -, skeleton, snowboard estremo, snowkite, sollevamento pesi, speleologia, wakeboard, wingsuit e dalla pratica di sport estremi in genere (es. bungee jumping; torrentismo; idrospeed; free solo; scalata cascata di ghiaccio).**

# Condizioni di assicurazione

CON TE

edizione 09/2018

- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- da guerre, insurrezioni, terrorismo, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

Rimangono escluse dall'indennizzo le 'Malattie Gravi' di cui l'assicurato abbia sofferto in passato o che siano state manifestate e diagnosticate prima della stipulazione del contratto.

Relativamente a quanto sopra si precisa che Ictus e Infarto pregressi vengono considerati come un'unica malattia pertanto se l'assicurato ha subito in passato un infarto e/o un ictus restano esclusi tutti gli indennizzi futuri a seguito di ictus e/o infarto.

## → Art. 14 – Requisiti di sottoscrizione

L'assunzione del rischio è determinata in base all'età dell'assicurato ed alla prestazione forfettaria predeterminata entro i seguenti termini:

### ➤ **assicurati fino a 50 anni - sono richiesti i seguenti accertamenti sanitari:**

- per prestazioni forfettarie predeterminate fino a 50.000€ è sufficiente sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di salute (DBS) riportata nell'allegato 1;
- per prestazioni forfettarie predeterminate da 50.001€ fino a 100.000€ deve essere sottoscritto il questionario medico riportato nell'allegato 2;
- per prestazioni forfettarie predeterminate da 100.001€ fino a 150.000€ deve essere presentato un rapporto di visita medica riportato nell'allegato 3.

### ➤ **assicurati da 51 a 60 anni - sono richiesti i seguenti accertamenti sanitari:**

- per prestazioni forfettarie predeterminate fino a 50.000€ deve essere sottoscritto il questionario medico riportato nell'allegato 2;
- per prestazioni forfettarie predeterminate da 50.001€ fino a 100.000€ deve essere presentato un rapporto di visita medica riportato nell'allegato 3;
- per prestazioni forfettarie predeterminate da 100.001€ fino a 150.000€ deve essere presentato un rapporto di visita medica completo dei seguenti esami: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, glicemia, esame completo delle urine.

## → Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle ore 24 del:

- giorno di perfezionamento in caso di assunzione con rapporto di visita medica;
- 180° giorno in caso di assunzione con Dichiarazione di buono stato di salute o di questionario medico;
- 180° giorno in caso di malattia grave 'cancro';
- 90° giorno per la garanzia invalidità permanente da malattia.

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. 16 – Periodo di sopravvivenza

**In caso di decesso dell'assicurato per malattia grave nei primi 30 giorni successivi alla diagnosi la Società non corrisponde alcun indennizzo.**

La Società provvederà all'annullamento del contratto con rimborso dell'ultima rata di premio ad **esclusione delle imposte.**

## → Art. 17 – Determinazione del premio

Il premio della seguente polizza è determinato in base all'età degli assicurati al momento della stipulazione della polizza.

## PRESTAZIONI - Critical illness

### → **Art. 18 – Oggetto dell'assicurazione**

La Società corrisponde all'assicurato la prestazione forfettaria predeterminata indicata sulla scheda di polizza in caso di diagnosi di una delle malattie sotto riportate.

#### **CANCRO**

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico e/o radioterapia e/o di chemioterapia. **E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.**

Dalla garanzia **sono esclusi:**

- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;**
- **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;**
- **tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;**
- **tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;**
- **melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;**
- **tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritto come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;**
- **qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compreso tra gli altri il linfoma o sarcoma di Kaposi;**
- **tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.**

#### **INFARTO**

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi **deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e non ci deve essere diagnosi certa di preesistente infarto miocardico acuto:**

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
3. tipica elevazione dei makers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di **almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.**

**Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta sono esclusi.**

#### **ICTUS**

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo **almeno tre mesi** della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve **essere anche confermata** da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

**Si intendono esclusi:**

- **attacco ischemico transitorio (TIA)**
- **danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezioni, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania**
- **disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina**
- **disturbi ischemici del sistema vestibolare**
- **ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini**

### **INSUFFICIENZA RENALE**

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. E' **necessaria prova** che l'assicurato si sottoponga a emodialisi renale continua e **la dialisi deve essere ritenuta necessaria** da un nefrologo. **Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale.**

### **TRAPIANTO D'ORGANO**

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. E' altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto **deve essere ritenuto clinicamente indispensabile** per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

**Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.**

### **SCLEROSI MULTIPLA**

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) o equivalente di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia che soddisfi entrambi i seguenti criteri o equivalente:

- 1. presenza di un deficit neurologico funzionale permanente con prove oggettive di compromissione della coordinazione e della funzione senso-motoria, presente in maniera continua da almeno sei mesi consecutivi e**
- 2. la diagnosi deve essere confermata da indagini neurologiche oggettive quali puntura lombare, PVE, PAE, e corredata di una risonanza magnetica che conferma la presenza di lesioni al sistema nervoso centrale.**

### **MALATTIA DI PARKINSON**

Diagnosi inequivocabile di Malattia di Parkinson, **formulata da uno specialista neurologo** (primario o aiuto) di clinica o Istituto Universitario di Neurologia **prima del 65° compleanno dell'assicurato**. La diagnosi **deve essere confermata dalla presenza** di tutte e tre le seguenti condizioni:

- La condizione non si può controllare con la terapia farmacologica; e
  - La condizione mostra segni oggettivi di compromissione (degenerazione) progressiva; e
  - La valutazione della ADL (attività della vita quotidiana) conferma l'incapacità dell'assicurato a svolgere tre o più delle seguenti attività per un periodo continuo di almeno 6 mesi:
- 1. Lavarsi** – la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
  - 2. Vestirsi e Svestirsi** – la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
  - 3. Andare al bagno ed usarlo** – la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
  - 4. Spostarsi** – la capacità di passare dal letto ad un sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
  - 5. Continenza** – la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
  - 6. Alimentarsi** – la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

**E' coperta solo la forma idiopatica** della patologia mentre **sono escluse tutte le altre forme di Parkinsonismo**. Per idiopatica si intende una patologia ad eziologia sconosciuta, quindi non sarà coperta alcuna forma di Parkinsonismo dovuta a cause note, come l'azione di alcuni farmaci (ad esempio neurolettici) o sostanze chimiche tossiche o di origine traumatica.

### **CECITA'**

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.



## PRESTAZIONI - Invalidità permanente da malattia

### → **Art. 19 – Invalidità permanente da malattia**

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a **malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione.**

### → **Art. 20 – Liquidazione dell'indennità per invalidità permanente da malattia**

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i **6 e i 18 mesi** dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come "Tabelle INAIL". Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato. La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente, fermo restando che **nessun indennizzo spetta all'assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.**

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE:

accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
26	2	46	42
27	4	47	44
28	6	48	46
29	8	49	48
30	10	50	50
31	12	51	52
32	14	52	54
33	16	53	56
34	18	54	58
35	20	55	60
36	22	56	62
37	24	57	64
38	26	58	66
39	28	59	68
40	30	60	70
41	32	61	75
42	34	62	80
43	36	63	85
44	38	64	90
45	40	65	95
		66	100

### → **Art. 21 – Liquidazione dell'indennità per invalidità permanente da malattia con franchigia fissa del 50%**

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i **6 e i 18 mesi** dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come "Tabelle INAIL". Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato. La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata fermo restando che **nessun indennizzo spetta all'assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 50%.**

In caso di invalidità permanente pari o superiore al 50% verrà liquidato il 100% della somma assicurata.

## SINISTRI

### → **Art. 22 – Denuncia di una grave malattia**

L'Assicurato deve denunciare la malattia **entro tre giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa essere ritenuta grave malattia. La diagnosi deve essere confermata da un medico generico e supportata da esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

### → **Art. 23 – Denuncia e liquidazione dell'invalidità permanente da malattia**

L'Assicurato deve denunciare la malattia **entro tre giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque **non oltre un anno** dalla cessazione dell'assicurazione.

**La denuncia del sinistro deve contenere la certificazione medica** sulla natura dell'infermità.

Il decorso della malattia deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione** o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell'assicurato**.

**L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.**

**L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale**, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato**.

**In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:**

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

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del codice civile.

### **Accertamento, liquidazione e pagamento**

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

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

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

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

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,

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

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

→ **Art. 24 – Criteri di indennizzabilità in caso di invalidità permanente da malattia**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, fermo quanto disposto dall'art.19 è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (vedere Definizioni - Malattie coesistenti).

Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie (vedere Definizioni - Malattie concorrenti).

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

→ **Art. 25 - Determinazione dell'indennizzo – Perizia contrattuale**

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

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità debbono essere demandate, per iscritto, a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

---

## ALLEGATO 1 - Dichiarazione di Buono stato di Salute

(per prestazioni forfettarie predeterminate fino a euro 50.000 e per età fino a 50 anni)

---

Il sottoscritto assicurato dichiara per l'efficacia della Garanzia e sotto la propria responsabilità:

1. di non aver subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o di non essere attualmente in attesa di ricovero (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale);
2. di non aver mai ricevuto una diagnosi, di non essersi mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie:
  - Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi;
  - Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata;
  - Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
  - Diabete;
  - Obesità;
  - Epatite B o C, cirrosi epatica;
  - Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, disturbi alla vescica o alla prostata;
  - Trapianto d'organo;
  - Paralisi o paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, malattia di Parkinson, disturbi neurologici;
  - Infezione da HIV o sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS);
3. di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e di non essere in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari;
4. che nella propria parentela consanguinea non sono stati riscontrati due o più casi della stessa malattia fra quelle elencate prima dell'età di 55 anni: malattie del cuore o cardiocircolatorie, innesto di bypass, ictus, infarto miocardico, insufficienza renale, rene policistico, cancro o tumori, diabete;
5. che nella propria parentela consanguinea non sono stati riscontrati casi di malattia di Parkinson o sclerosi multipla prima dell'età di 60 anni;
6. di non essere titolare di una pensione di invalidità/inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerla.

Il contraente/assicurato dichiara che le informazioni e le risposte fornite nel questionario medico e/o DBS, che sono parte integrante del contratto di assicurazione, sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 del Codice Civile).

**ALLEGATO 2 –**  
**Questionario sanitario**

Altezza cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Peso Kg	40-63	43-68	46-72	48-77	52-82	54-87	58-92	61-97	64-103	68-108
1.	La sua altezza in cm e il suo peso in Kg rientrano in una delle fasce di cui sopra? In caso negativo, si prega di specificare altezza e peso _____								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.	Il suo peso ha subito una diminuzione superiore al 20% negli ultimi 12 mesi? In caso affermativo specificare quanto ed il motivo.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3.	Fuma o ha fumato negli ultimi 12 mesi più di 20 sigarette al giorno?								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4.	Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati <b>due</b> o più casi della <b>stessa</b> malattia fra quelle elencate prima dell'età di 60 anni? Malattie del cuore o cardiocircolatorie, innesto di bypass, ictus, infarto miocardio, insufficienza renale, rene policistico, cancro o tumori, ipertensione, diabete, malattie del colon-retto, polipi del colon? In caso affermativo si prega di specificare quale parente, quale malattia e l'età della diagnosi.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5.	Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati uno o più casi di malattia di Parkinson o sclerosi multipla prima dell'età di 60 anni?								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6.	Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie? a) cancro, tumori maligni, neoplasie, neoformazioni anche benigne, leucemia, linfomi, nodulo al seno, pap test anomalo, PSA anomalo; b) infarto miocardico, angina pectoris, cardiopatia ipertrofica, ipertensione non controllata dalla terapia; c) ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale; d) diabete, iperglicemia o intolleranza glucidica; e) epatite B o C, cirrosi epatica; f) insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, disturbi alla vescica o alla prostata; g) insufficienza respiratoria, bronchite cronica o ricorrente; h) paralisi o paraplegia, disturbi neurologici, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, malattia dei motoneuroni (compresa SLA); i) abuso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti; j) infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)  In caso affermativo si prega di specificare quali malattie, date ed esito.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7.	Si è mai sottoposto a terapia radiante, chemioterapia? In caso affermativo quando, per quanto tempo e per quale malattia?								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8.	Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in ospedale o casa di cura o ha subito interventi chirurgici (salvo per i seguenti casi: appendicectomia, ernie addominali/inguinali, adenoidectomia, tonsillectomia, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica)? Si prega di specificare dove, quando, il motivo e la diagnosi accertata ed eventuale tipo di intervento chirurgico.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9.	Negli ultimi 12 mesi ha effettuato esami diagnostici particolari quali ecografie, ECG, risonanza magnetica, TAC, PET, radiografie, scintigrafie, mammografie, biopsie dai quali sia emerso un esito fuori norma? Oppure è in attesa di effettuare o ricevere esiti di esami diagnostici particolari? In caso affermativo si prega di specificare quali esami, quando, esito e motivo.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10.	Si è sottoposto a visite mediche specialistiche negli ultimi sei mesi oppure è attualmente in attesa di effettuare visite specialistiche (al di fuori di normali controlli di routine)? In caso affermativo specificare quali, motivo e diagnosi.								Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**ALLEGATO 3 –  
Rapporto di visita medica**

<b>RAPPORTO DI VISITA MEDICA</b>		
<b>Assicurato/a: Cognome:</b> _____ <b>Nome:</b> _____		
<b>Data di Nascita:</b> _____		
<b>Codice Fiscale:</b> _____		
<b>Carta d'Identità N°:</b> _____	<b>Comune di rilascio:</b> _____	
<b>Data di scadenza:</b> _____		
<b>Professione attuale:</b> _____		
<b>Sport praticati:</b> _____		
<b>Medico Curante: Cognome:</b> _____ <b>Nome:</b> _____		
<b>Indirizzo Studio Medico:</b> _____		
<b>Telefono :</b> _____		
<p>Lei è il Medico curante dell'assicurato?</p> <p>In caso affermativo la preghiamo di specificare da quanto tempo conosce l'assicurato, quando è stato consultato da lei l'ultima volta e per quale motivo</p> <p>In caso negativo, conosce l'assicurato per altri motivi? Si prega di specificare</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<b>DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO</b>		
1.	<p>Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di: malattie di cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, ipertensione, cancro o tumori, corea di Huntington, malattie nervose o mentali, morbo di Parkinson o morbo di Alzheimer? In caso affermativo specificare l'età alla diagnosi e il tipo di malattia</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.	<p>Negli ultimi 3 anni si è sottoposto a uno o più degli esami elencati?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo spuntare la relativa casella e indicare di fianco data, motivo ed esito</p> <p><input type="checkbox"/> ECG _____</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ecografie _____</p> <p><input type="checkbox"/> TAC _____</p> <p><input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mammografia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Test HIV _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____</p>
3.	<p>Ha mai subito un ricovero o un intervento (ad eccezione di ricoveri/interventi per parto, appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale, ernia discale, infortuni senza postumi, chirurgia estetica)?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo specificare data, motivo ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4.	<p>Attualmente è in attesa di ricovero?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare motivo e date</p> <p>_____</p>

5.	Attualmente assume medicinali o si sottopone ad altre terapie mediche? In caso affermativo specificare quali e motivo	Si <input type="checkbox"/> _____ _____ No <input type="checkbox"/>
6.	Attualmente fuma o ha mai fumato?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì specificare consumo giornaliero e tipo (sigarette, sigari, pipa) _____ Se fuma e ha smesso indicare da quanto tempo e motivo: _____ _____
7.	<b>Soffre o ha mai sofferto di o ha ricevuto cure per:</b>	<b><u>In caso affermativo si prega di specificare dettagli completi (date, diagnosi, trattamento, esito)</u></b>
a.	Tumori, cancro?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
b.	Malattie dell'apparato respiratorio?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
c.	Malattie cardiovascolari/circolatorie/cerebrovascolari?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
d.	Malattie dell'apparato digerente?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
e.	Malattie dell'apparato genitourinario?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
f.	Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
g.	Malattie neurologiche o del sistema nervoso?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
h.	Malattie del sistema endocrino-metabolico?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
i.	Anemie o malattie del sangue?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____ No <input type="checkbox"/>
j.	Malattie agli organi del senso?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____

		No <input type="checkbox"/>
8.	Fa uso o ha mai fatto uso di droghe o sostanze stupefacenti ? (Se sì, quando, quali, in che misura)	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____  No <input type="checkbox"/>
9.	Fa o ha fatto uso di alcolici? (Se sì in che misura).  E' stato mai trattato per uso eccessivo di alcol o è stato consigliato di ridurre il suo consumo di alcol?	Si <input type="checkbox"/> : specificare tipo e quantità: _____ _____  No <input type="checkbox"/>  Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	E' mai risultato positivo al test per la ricerca degli anticorpi al virus HIV?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.	<b>Solo per le donne:</b>	
	Ha mai sofferto di alterazioni del ciclo, malattie delle mammelle, disturbi durante la gravidanza o degli organi riproduttivi?	Si <input type="checkbox"/> : _____ _____ _____  No <input type="checkbox"/>
	E' attualmente incinta? (Di quanti mesi?)	Si <input type="checkbox"/> _____. No <input type="checkbox"/>
<p>DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.</p> <p>Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia e che eventuali dichiarazioni che alterino la realtà dei fatti possono invalidare il contratto.</p> <p>Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono avermi curato o visitato e le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali la Compagnia, anche in caso di sinistro, credesse di rivolgersi per informazioni e acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso, o da chi per esso, comunicate a terzi nei limiti delle necessità assicurative o riassicurative.</p> <p>Dichiaro di aver letto e approvato quanto sopra.</p>		
Data	Firma dell'assicurato	Firma del medico
_____	_____	_____



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

#### **Art. 1 -Costituzione e Sede**

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

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

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

#### **Art. 5 -Contribuzioni**

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

#### **Art. 11 -Vincolo sociale**

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

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

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

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

#### **Art. 26 -Rappresentanza**

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

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

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

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

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

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

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



#### **ITAS MUTUA**

Società capogruppo

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

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