

Contratto di assicurazione infortuni e malattia
/ EASY DRIVER

CONDIZIONI GENERALI

Polizza Easy Driver /Mod. X3041.0 – edizione 09/2018



INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI	5
PRESTAZIONI	7
CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
CONDIZIONI POLIZZE CUMULATIVE	12
GARANZIE COMPLEMENTARI	13
GARANZIE SPECIALI	13
GRUPPI DI VEICOLI	13
CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO	14

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:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione cumulativa	l'assicurazione, con un'unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 1469 bis del codice civile;
Beneficiario	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Franchigia	la parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'assicurato;
Day Hospital/Day surgery	Forma di ricovero presso struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
Invalidità permanente	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, hospice, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali;
Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
Premio	la somma dovuta dal contraente alla Società;
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle parti;
Strada urbana	strada presente all'interno dei centri abitati. Si dividono in: strada urbana di scorrimento (tipo D): strada a carreggiate indipendenti o separate da spartitraffico, ciascuna con almeno due corsie di marcia, e una eventuale corsia riservata ai mezzi pubblici, banchina pavimentata a destra e marciapiedi, con le eventuali intersezioni a raso semaforizzate; per la sosta sono previste apposite aree o fasce laterali estranee alla carreggiata, entrambe con immissioni ed uscite concentrate; strada urbana di quartiere (tipo E): strada a unica carreggiata con almeno due corsie, banchine pavimentate e marciapiedi; per la sosta sono previste aree attrezzate con apposita corsia di manovra, esterna alla carreggiata.
Strada/pista ciclabile	strada locale, urbana, extraurbana o vicinale, asfaltata, destinata prevalentemente alla percorrenza pedonale e ciclabile e caratterizzata da una sicurezza intrinseca a tutela dell'utenza debole della strada;
Termini di aspettativa	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 del contraente e dell'assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile).

→ **Art. 2 - Altre assicurazioni**

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

→ **Art. 3 - Proroga dell'assicurazione**

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

→ **Art. 4 - Pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

→ **Art. 5 - Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

→ **Art. 6 - Validità territoriale**

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

→ **Art. 7 - Aggravamento del rischio**

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

→ **Art. 8 - Diminuzione del rischio**

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

→ **Art. 9 - Modifiche dell'assicurazione**

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

→ **Art. 10 - Oneri fiscali**

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

→ **Art. 11 - Rinvio alle norme di legge**

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

→ **Art. 12 – Oggetto assicurato**

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal guidatore non identificato del veicolo descritto in polizza, dal guidatore identificato di un gruppo di veicoli contraddistinto dai numeri 1 – 2 – 3 riportati nella tabella dei "GRUPPI DI VEICOLI", o dal guidatore non identificato dei veicoli assicurati in forma "flotta" durante:

- la messa in moto del veicolo;
- mentre si trova alla guida;
- in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- nel tentativo di salvataggio del veicolo o dei suoi occupanti;
- durante la prestazione di assistenza ai trasportati in fase di salita o discesa dal veicolo.

L'assicurazione è inoltre prestata per gli infortuni subiti dai conducenti di autovetture adibite ad uso privato, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali, autocase, motocicli adibiti ad uso privato, nonché in qualità di guidatori di ciclomotori e biciclette. Relativamente alla bicicletta la garanzia è operante esclusivamente:

- nei casi in cui viene identificato il conducente;
- per trasporto e svago su strade urbane e ciclabili.

Si intende pertanto **esclusa la pratica di attività sportive quali ad esempio ciclismo, downhill, mountain bike, trekking.**

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) la folgorazione;
- 6) i colpi di sole o di calore;
- 7) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 8) gli infortuni subiti a causa di malore o alterazione di coscienza, **salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie previste dall'art.16 - Esclusioni - e fermo l'art.17 - Persone non assicurabili - delle Condizioni generali di assicurazione infortuni.**

→ **Art. 13 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari**

A parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'assicurato, del contraente e del beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari o da atti di terrorismo ai quali l'assicurato non abbia partecipato.

→ **Art. 14 – Infortuni cagionati da calamità naturali**

A parziale deroga dell'art.1912 del codice civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, **l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 2.600.000,00 euro** per tutti gli indennizzi. **Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.**

→ **Art. 15 - Infortuni cagionati da guerra e insurrezione**

A parziale deroga dell'art.1912 del codice civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra, guerra civile, da insurrezione o lotta armata che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica italiana, **per un massimo di 14 giorni** dall'insorgere di tali eventi, **a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.**

→ **Art. 16 – Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore o imbarcazione, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 2) da stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta con valori di alcolemia superiori allo 0,80 gM se l'assicurato si trova alla guida di veicoli e velocipedi in genere;
- 3) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biomorali;
- 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 5) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- 6) da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 15 - Infortuni cagionati da guerra e insurrezione - ;
- 7) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 8) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- 9) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche, salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- 10) dall'uso di veicoli e motocicli all'interno dei circuiti.

Gli infarti e le ernie non traumatiche sono sempre esclusi.

→ **Art. 17 – 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. 18 – Criteri di indennizzabilità**

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

→ **Art. 19 – Limite di età**

La garanzia si intende prestata per le garanzie infortuni per persone di età **non superiore a 80 anni.**

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

PRESTAZIONI

→ **Art. 20 – Morte**

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

→ **Art. 21 – Morte presunta**

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

→ **Art. 22 – Indennizzo ai figli minori**

Qualora nel medesimo evento deceda per infortunio anche il coniuge del guidatore, **non legalmente separato**, verrà corrisposta, **esclusivamente ai figli minori** e in parti uguali, una ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte **col massimo di 50.000,00 euro.**

→ **Art. 23 – Invalidità permanente**

1. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata.
2. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata **in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento alle percentuali delle seguenti menomazioni:**

Perdita, anatomica o funzionale, di:	destra	sinistra
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
• anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso con estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
• paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%

• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
• anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
• anchilosi del ginocchio in estensione	25%
• anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
• paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
• Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
• Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
• Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
• Esiti di frattura del sacro	3%
• Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
• Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
• Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
• Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
• Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

3. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste al punto 2., si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, le percentuali sopra indicate **sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate al punto 2. e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
4. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate al punto 2. e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

→ **Art. 24 – Franchigie sulla invalidità permanente**

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

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

1. la prima, **fino a 150.000,00 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000,00 euro della prima e fino a 300.000,00 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 300.000,00 euro** delle prime due, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

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

Qualora la percentuale di invalidità risulti **superiore al 66%**, l'indennizzo sarà pari al **100%** della somma assicurata.

→ **Art. 25 – Inabilità temporanea**

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza:

- a) **integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennizzo sarà sempre corrisposto in forma integrale durante il:

- periodo di ricovero ospedaliero;
- periodo di immobilizzazione definito all'art. 27;
- periodo di deambulazione con prescrizione di stampelle con carico parziale e carrozzelle.

Nei primi due casi la franchigia di cui all'art. 26 si intende annullata;

- b) **il residuo periodo in percentuale del 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato **come previsto all'art. 31 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato - Accertamento, liquidazione e pagamento-** o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o di struttura similare e viene corrisposta **per un periodo massimo di 300 giorni**. Nel caso in cui l'assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 31, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

→ **Art. 26 – Franchigie sulla inabilità temporanea**

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

1. nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea **non sia superiore a 50,00 euro**, l'indennizzo viene corrisposto **a decorrere dal 8° giorno** successivo a quello computabile a termini di polizza;
2. nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea **sia superiore a 50,00 euro**, l'indennizzo viene corrisposto **a decorrere dal 10° giorno successivo** a quello computabile a termini di polizza.

Tali franchigie non trovano applicazione se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea totale di durata pari o superiore a **60 giorni**.

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

Nel caso di fratture **accertate radiologicamente**, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici, oppure nel caso di applicazione di una ingessatura o di un tutore immobilizzante, la Società indennizza l'indennità giornaliera indicata in polizza **per ciascun giorno di immobilizzazione e/o ingessatura e per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

1. **le fasce elastiche in genere;**
2. **i bendaggi alla colla di zinco;**
3. **i busti ortopedici elastici;**

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

5. **tutori per il naso.**

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

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come placche, chiodi e similari; tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo forfetario pari all'1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500,00 euro.

→ **Art. 28 – Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio**

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

- a. rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero;
- b. interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- c. visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici, i presidi medici per medicazione e gli accertamenti diagnostici conseguenti all'infortunio ed effettuati **nei 90 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- d. trattamenti di terapia riabilitativa, fisioterapica e dell'osteopata a seguito dell'infortunio ed effettuati **nei 90 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante, **nel limite del massimale assicurato e comunque non superiore a 2.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- e. acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle **entro il limite di 1.000,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- f. le spese dentarie di natura post traumatica che abbiano interessato denti sani – intendendo denti non affetti da patologie preesistenti o trattati da carie precedenti – **entro il limite massimo di 2.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo**;
- g. le spese sostenute per il trasporto in ambulanza **entro il limite di 500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo.**

→ **Art. 29 – Liquidazione Rimborso delle spese di cura a seguito di infortunio**

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto pari all'1% del massimale assicurato, con il minimo di 50,00 euro e il massimo di 150,00 euro a carico dell'Assicurato.

In caso di rimborso per trattamenti di terapia riabilitativa, fisioterapica e dell'osteopata di cui alla lettera d) dell'art.28 il rimborso sarà effettuato nei seguenti termini:

- **per importi fino a 1.000,00 euro il rimborso viene effettuato previa detrazione di uno scoperto pari all'1% del massimale assicurato, con il minimo di 50,00 euro e il massimo di 150,00 euro a carico dell'assicurato;**
- **per il rimborso in eccedenza a 1.000,00 euro verrà applicata una franchigia fissa di 300,00 euro.**

→ **Art. 30 – Indennità da ricovero a seguito di infortunio**

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia come conseguenza un ricovero dell'assicurato - **non in day hospital** - corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per **tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 90 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.**

Per i ricoveri in day hospital e/o day surgery l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta **soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi.**

Esclusioni.

Sono esclusi dalla garanzia i ricoveri inerenti:

- 1) **le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);**
- 2) **le cure dentarie e le paradentopatie non direttamente conseguenti a infortunio;**
- 3) **le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- 4) **stati patologici correlati alla infezione da HIV;**
- 5) **i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione 'istituto di cura'.**

Sono altresì operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 16 – Esclusioni – .

CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

→ **Art. 31 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato – Accertamento, liquidazione e pagamento**

In caso di sinistro, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società **entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, ai sensi dell'art.1913 del codice civile.

La denuncia del sinistro deve contenere:

- **la descrizione dell'infornuto**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione** o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

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

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

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

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

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

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

Accertamento, liquidazione e pagamento

La percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infornuto**.

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. 32 – Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, **e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo**, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte **mediante lettera raccomandata, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto **trascorsi 30 giorni** dalla data di invio della comunicazione. La Società, **entro 30 giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non decorso.

→ **Art. 33 – Determinazione dell'indennizzo – Perizia contrattuale**

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

Le eventuali controversie di origine medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art.18 - Criteri di indennizzabilità - possono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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.

→ **Art. 34 – Liquidazione lesioni tendinee**

Se l'infortunio ha come conseguenza lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) l'indennizzo sarà effettuato nei seguenti termini:

- a) in base a quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione per assicurati fino a 40 anni;
- b) un indennizzo forfettario, **comprensivo di tutte le garanzie, pari al 5% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro**, in caso l'assicurato abbia **un'età compresa tra i 40 e i 55 anni**;
- c) un indennizzo forfettario, **comprensivo di tutte le garanzie, pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000,00 euro**, in caso l'assicurato abbia **un'età superiore a 55 anni**.

Relativamente ai punti b) e c) rimane convenuto che le franchigie previste all'art. 24 si intendono annullate.

CONDIZIONI POLIZZE CUMULATIVE

→ **Art. 35 - Assicurazioni di gruppo**

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

→ **Art. 36 - Regolazione del premio con stima anticipata**

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal contraente, all'inizio del periodo assicurativo, in base ad una stima preventiva del numero di mezzi presi in considerazione dal contratto.

→ **Art. 36.1 - Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio**

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

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

→ **Art. 36.2 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

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

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

→ **Art. 37 - Regolazione flottante (con inclusioni/esclusioni)**

Il premio è convenuto in base al numero dei mezzi indicati in polizza.

Per le inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell'anno verrà emessa in agenzia apposita appendice (senza incasso) con effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione fatta via e-mail all'agenzia di competenza.

L'assicurazione è valida soltanto per i veicoli notificati alla Società nel modo predetto.

→ **Art. 37.1 - Pagamento della differenza di premio**

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione la Società provvederà ad emettere apposita appendice di regolazione, in base alla differenza tra i ratei di premio risultanti dalle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso del periodo assicurativo, che dovrà essere pagata **entro 30 giorni** dall'emissione dell'appendice.

→ **Art. 37.2 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati e dell'obbligo di pagamento**

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

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

GARANZIE COMPLEMENTARI

Sempre operanti

→ **Art. 38 - Anticipo indennizzo**

In caso di infortunio che determini una invalidità permanente **presumibilmente superiore al 30%**, è facoltà dell'assicurato richiedere un anticipo sulla liquidazione dell'indennizzo dovuto dalla Società che **non potrà essere superiore all'importo corrispondente al 50%** della presunta invalidità e purché non siano state sollevate ipotesi di inoperatività contrattuale.

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

GARANZIE SPECIALI

Valide solo se richiamate in polizza

→ **Art. 39 – Tabella INAIL (con sovrappremio)**

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

→ **Art. 40 – Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)**

Il testo dell'art. 24 - Franchigie sulla invalidità permanente - si intende sostituito totalmente dal testo che segue: A parziale deroga dell'art. 23 la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate. La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **pari a 250.000,00 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 250.000,00 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%** e per la sola parte che supera questa percentuale.

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

→ **Art. 41 - Franchigia maggiorata sulla invalidità permanente (con sconto)**

A deroga del disposto di cui all'art. 24 resta convenuto che, relativamente al caso di invalidità permanente, **la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale.**

→ **Art. 42 - Franchigia maggiorata sulla inabilità temporanea (con sconto)**

A parziale deroga dell'art. 26 l'indennizzo per inabilità temporanea verrà corrisposto a decorrere dal **30° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.**

GRUPPI DI VEICOLI

- Gruppo 1** Conducente di: autovetture ad uso privato e da noleggio, autoveicoli fino a 35 quintali di peso a pieno carico, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali di peso, autocase, motoveicoli, motocicli, ciclomotori e biciclette.
- Gruppo 2** Conducente di: veicoli di cui al gruppo 1 con l'estensione ad autocarri con o senza rimorchio di oltre 35 quintali di peso a pieno carico, autobus e ambulanze.
- Gruppo 3** Conducente di: veicoli di cui ai gruppi 1 e 2 con l'estensione a trattori agricoli e macchine operatrici semoventi, autoarticolati e motoslitte.

**CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER I SOCI-ASSICURATI DI 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