

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Itas Mutua – Italia – Iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00008

Prodotto: "PlurITAS"



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

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra"), che può essere utilizzato sia in forma individuale che cumulativa. Il prodotto è inoltre utilizzabile per coperture di attività limitate svolte per conto del Contraente, quali associazioni ricreative, di assistenza e di volontariato.



Che cosa è assicurato?

A) Invalidità permanente da infortunio (obbligatoria)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della propria capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere la copertura ad ulteriori garanzie, a scelta dell'Assicurato:

B) Morte da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza la morte:

- ✓ corrisponde l'indennizzo ai beneficiari.

C) Inabilità temporanea da infortunio (operante per il rischio professionale)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti l'incapacità, in misura totale o parziale, di svolgere per un periodo di tempo limitato la propria attività lavorativa:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di inabilità.

D) Indennità da immobilizzazione (non operante se acquistata la garanzia C)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la necessità di un'ingessatura o di un tutore che blocchi il movimento degli arti:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di immobilizzazione.

E) Rimborso spese di cura a seguito da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato:

- ✓ rimborsa, a titolo esemplificativo, le spese sostenute per: i) rette di degenza, assistenza medica, esami medici; ii) interventi chirurgici; iii) visite specialistiche; iv) trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia; v) acquisto o noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle, vi) acquisto di medicinali; vii) cure dentarie di natura post traumatica.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital.

G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e malattia

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio o da malattia:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital e in caso di par-

to.

Con pagamento di un premio aggiuntivo è possibile estendere la copertura ad ulteriori garanzie. A titolo esemplificativo: copertura del rischio di infortunio durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro (rischio in itinere); utilizzo della tabella INAIL; rimpatrio della salma; rimborso delle spese di trasporto all'istituto di cura o alla propria abitazione; danno estetico.

Sono previste condizioni particolari per le coperture prestate in forma cumulativa. Inoltre, vi sono pacchetti specifici di garanzie dedicati a dirigenti, amministratori e consiglieri, società sportive.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità, dei massimali e dei capitali assicurati indicati sulla scheda di polizza e sottoscritti dal Contraente.



Che cosa non è assicurato?

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

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi ad esse correlate.

L'assicurazione non è prestata per le persone di età superiore a 80 anni.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ✗ da abuso di psicofarmaci ed uso di stupefacenti ed allucinogeni in genere;
- ✗ dalla guida di qualsiasi veicolo, se l'Assicurato è privo di abilitazione alla guida, secondo le disposizioni normative vigenti o si trova alla guida con un tasso alcolemico superiore allo 0,80 gM;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche, salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
- ✗ da infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi (es. arti marziali, immersione con autorespiratore, arrampicata libera, canyoning, downhill, hockey, kitesurfing, paracadutismo, pugilato, rugby, sci estremo, ecc.);
- ✗ dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività

professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi i ricoveri causati da:

- ✗ cure e interventi resi necessari da malformazioni congenite e difetti fisici preesistenti e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave alla stipulazione del contratto;
- ✗ trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- ✗ stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- ✗ cure per gli interventi di infertilità, sterilità e impotenza e l'aborto non terapeutico.



Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono indicate le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

- ! **A) Invalidità permanente derivante da infortunio:** per la prima parte del capitale fino a € 100.000, franchigia del 3% sul grado di invalidità residua all'Assicurato; per la seconda parte del capitale, che eccede € 100.000 e fino a € 250.000, franchigia del 5% sul grado di invalidità residua; per la parte di capitale che eccede € 250.000, franchigia del 10% sul grado di invalidità residua. Le sopra citate franchigie non si applicano in caso di invalidità permanente superiore al 20%. Per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e di € 5.000.000 per aeromobile.
- ! **B) Morte da infortunio:** per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e di € 5.000.000 per aeromobile.
- ! **C) Inabilità temporanea da infortunio:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni; franchigia fissa di: i) 5 giorni se l'indennità non è superiore a € 30; ii) 7 giorni se l'indennità è superiore a € 30 e fino a € 50; iii) 9 giorni se l'indennità è superiore a € 50 e fino a € 100. Per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 260 per persona e di € 5.170 per aeromobile.
- ! **D) Indennità da immobilizzazione:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro e per anno.

! **E) Rimborso spese di cura a seguito di infortunio:** visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari e presidi medici, solo se effettuati nei 90 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante; trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica solo se effettuati nei 30 giorni successivi alla data di infortunio o alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante. Limiti di indennizzo per sinistro e per anno fino a: i) € 2.500 per trattamenti di riabilitazione; ii) € 1.000 per l'acquisto/noleggio di protesi, carrozzelle e stampelle; iii) € 1.000 per spese dentarie. Su tutte le spese di cura uno scoperto dell'10%, con un minimo di € 50 a carico dell'Assicurato.

! **F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 90 giorni e, per i ricoveri in day hospital, solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi esclusi festivi e per un massimo di 30 giorni.

! **G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e/o malattia:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 180 giorni, ridotto a 7 giorni in caso di parto. Per i ricoveri in day hospital, indennità corrisposta solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, esclusi i festivi e per un massimo di 30 giorni. Relativamente alla garanzia malattia, periodo di aspettativa (carenza) di 30 giorni, elevato a 180 giorni per conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per parto, aborto terapeutico e malattie dipendenti. Nel caso in cui la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa operano: i) dal giorno di effetto della polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto; ii) dal giorno di effetto della presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

! Complessivamente per tutte le garanzie, in caso di cumulo di infortuni causati da movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, massimo indennizzo di € 2.600.000.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro in Europa dell'Assicurato.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio, sull'esistenza di altre polizze a copertura dello stesso e su eventuali sinistri precedenti. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e l'eventuale successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
In caso di copertura in forma cumulativa, stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare: i) gli eventuali difetti fisici o mutilazioni rilevanti preesistenti o sopraggiunti in seguito; ii) altri contratti infortuni individuali che gli Assicurati avessero stipulato per proprio conto; iii) le generalità delle persone assicurate.
- In caso di sinistro, avvisare tempestivamente, e in ogni caso entro tre giorni da quando ne hai avuto conoscenza, la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza.



Quando e come devo pagare?

Nel caso in cui il premio sia convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili, esso è anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, come risulta dal conteggio riportato in polizza ed è regolato sulla base delle variazioni di tali elementi alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto.

Il premio è pagato al rilascio della polizza e può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato, a scelta del Contraente. In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

Il premio è comprensivo delle imposte dovute per legge e, ove prevista, della quota del fondo di garanzia.

Il premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, carte di credito o pos, servizio SDD – SEPA Direct Debit, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva. Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. Nel primo caso, in mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno; nel secondo, il contratto cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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.



Come posso disdire la polizza?

In caso di contratto annuale o poliennale è possibile disdire il contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Assicurazione Infortuni e Malattia
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: Itas Mutua

Prodotto: "PlurITAS"

Data di realizzazione: agosto 2019



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

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

ITAS - Istituto Trentino-Alto Adige Per Assicurazioni, o anche ITAS Mutua, società mutua di assicurazioni, capogruppo del Gruppo ITAS Assicurazioni, con sede legale in Piazza delle Donne Lavoratrici, n. 2, CAP 38122, Trento, Italia; tel. 0461 - 891711; sito internet: www.gruppoitas.it; e-mail: itas.direzione@gruppoitas.it; PEC: itas.mutua@pec-gruppoitas.it.

Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n. 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00008.

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

Importi riferiti al 31 dicembre 2018 (in milioni di €)	Capitale sociale	Riserve patrimoniali	Patrimonio netto	Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR)	Requisito Patrimoniale Minimo (MCR)	Fondi Propri Ammissibili per SCR	Fondi Propri Ammissibili per MCR	Indice di Solvibilità (Solvency ratio)
	155	206	376	388	168	620	561	160%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni) è possibile, ma non obbligatorio, acquistare ulteriori garanzie, valide soltanto se espressamente richiamate in polizza con l'indicazione della relativa somma assicurata. Di seguito si descrivono le principali garanzie, mentre per l'elenco completo si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Rischio in itinere	L'Impresa, a seguito di infortunio subito durante lo svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate, tiene indenne l'Assicurato anche durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.
Utilizzo della tabella INAIL	L'Impresa, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 - Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
Rimpatrio salma	L'Impresa, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza che provochi la morte dell'Assicurato, rimborsa le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma.
Rimborso spese di trasporto	L'Impresa, a seguito di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo, all'istituto di cura o alla propria abitazione.
Danno estetico	L'Impresa, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia comportato un'invalidità permanente, rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre o eliminare eventuali danni estetici al viso.



Che cosa NON è assicurato?

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

Sono esclusi gli infortuni causati:

- dalla guida di veicoli per i quali è prescritta patente superiore alla categoria B - ad eccezione dei camper, di macchine agricole ed operatrici salvo che l'uso di tali mezzi non rientri nello svolgimento dell'attività professionale principale o secondaria, dichiarata in polizza;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto previsto per gli infortuni occorsi durante viaggi aerei;
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- dalla partecipazione a competizioni, gare ed allenamenti di qualsiasi sport salvo che non abbiano carattere puramente ricreativo;
- militari e forze dell'ordine per quanto riguarda qualsiasi missione al di fuori dei confini italiani.

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi i ricoveri causati da:

- le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
- la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
- i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione 'istituto di cura'.



Ci sono limiti di copertura?

Utilizzo della tabella INAIL	L'Impresa rinuncia 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.
Rimpatrio salma	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma pari a € 2.500,00.
Rimborso spese di trasporto	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o alla propria abitazione pari a € 2.000,00 per sinistro e annualità assicurativa.
Danno estetico	È previsto un limite di rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica pari a € 2.500,00 per evento e annualità assicurativa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi. In caso di sinistro la denuncia dello stesso deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, oppure della malattia, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente; - il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'Assicurato, oppure la certificazione medica sulla natura dell'infermità. <p>Il decorso delle lesioni o della malattia deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.</p> <p>L'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti dell'Impresa e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>In caso di morte dell'Assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare la documentazione necessaria, descritta nelle Condizioni di Assicurazione.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previsti enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte dell'Impresa per: - sinistro; - il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle seguenti affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione: alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto il diritto di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
Risoluzione	Nel caso di contratto a durata poliennale, l'Assicurato può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata.



A chi è rivolto questo prodotto?

Prodotto rivolto a coloro che intendono tutelarsi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra"), che può essere utilizzato sia in forma individuale che cumulativa. Il prodotto è inoltre utilizzabile per coperture di attività limitate svolte per conto del Contraente, quali associazioni ricreative, di assistenza e di volontariato.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 25,17% (al 31.12.2018).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti: ITAS MUTUA – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38122 Trento, Italia; Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it I reclami devono contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze. Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet:

<https://ec.europa.eu/info/fin-net>.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Al contratto è applicata l'imposta sulle assicurazioni con aliquota del 2,50% sui premi imponibili. I premi delle garanzie infortuni morte e invalidità permanente con applicazione di una franchigia del 5% sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo Unico delle Imposte sui redditi.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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