

BOLLETTA ASSICURATA

Polizza a copertura utenze domestiche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

"ITAS MUTUA per DOLOMITI ENERGIA"

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art. 166 comma 2 del Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza".

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Contraente:	la persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione;
Decorrenza dell'assicurazione:	la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte in polizza;
Disoccupazione:	lo stato dell'assicurato, Lavoratore Dipendente di aziende private, qualora egli: - abbia cessato, non volontariamente, la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione, di durata uguale o superiore alle 16 (sedici) ore settimanali, che generi un reddito o un guadagno; - sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste i di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; - non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;
Inabilità temporanea totale:	la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia che sia conseguenza diretta di ricovero che comporti una degenza minima di 20 (venti) giorni.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società all'assicurato in caso di sinistro;
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea. Sono considerati infortuni anche: 1) l'asfissia non di origine morbosa; 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; 3) l'assideramento ed il congelamento; 4) i colpi di sole e di calore;
Invalidità permanente:	la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, della capacità di attendere un qualsiasi lavoro proficuo. L'invalidità permanente totale sarà riconosciuta, ai fini della presente polizza, quando il grado percentuale di invalidità permanente sia superiore al 65% sulla base della documentazione ufficiale attestante tale invalidità (Tabella INAIL del a D.P.R.30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA", di cui all'Allegato A) della presente polizza. Si precisa che, in ogni caso, deve ritenersi esclusa l'applicazione delle Tabelle di cui al D.P.R. del 23.02.2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella e/o dei certificati INPS, INAIL, ASL);
Lavoratore autonomo:	la persona fisica che abbia presentato, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22.12.1986 n° 917 e successive modifiche e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente polizza e durante la validità del contratto di assicurazione le attività, o una delle attività, che generino i redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);
Lavoratore dipendente	la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi

di aziende private:	qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende private, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato compresi i soci lavoratori di cooperative (art. 47 comma 1 D.P.R. 22.12.1986 lett. A);
Lavoratore dipendente di aziende pubbliche o statali:	la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende pubbliche o statali;
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia grave:	i casi di tumore, cardiopatia coronarica che comportino un intervento di chirurgia cardiovascolare, infarto, miocardio, ictus cerebrale, insufficienza renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo, pandemia come da specifiche definizioni inserite nella Sezione "C" della presente polizza;
Normale attività lavorativa:	l'attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'assicurato immediatamente prima del sinistro, ovvero una consimile attività retribuita, o comunque redditizia, tale da non modificare le possibilità economiche dell'assicurato;
Non lavoratore:	la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente; sono considerati "non lavoratori" i dipendenti con contratto di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio od occasionale, i dipendenti a tempo determinato, i pensionati e le casalinghe;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società:	Itas Mutua
Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura si intende prestata per le persone fisiche intestatarie del contratto di fornitura di energia elettrica, denominato "Bolletta Assicurata", con la Contraente.

La Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere all'assicurato l'indennizzo, in base alla copertura, qualora si verifichi un sinistro. **Ai fini delle coperture, il sinistro può consistere nell'invalidità permanente causata da infortunio o malattia a tutti i soggetti assicurati; nella disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato; nel ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia, solo qualora l'assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici; nella malattia grave, qualora l'assicurato sia dipendente del settore privato, dipendente pubblico, lavoratore autonomo, non lavoratore, pensionato o casalinga.**

Art. 2 - PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica che:

- 1) che abbia stipulato il contratto di fornitura di energia elettrica, denominato "Bolletta Assicurata", con la Contraente;
- 2) che goda di buona salute, cioè non sia affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino trattamento medico regolare e continuato;
- 3) che sia di età non inferiore a 18 anni sino a 75 anni;
- 4) che sia lavoratore con contratto a tempo indeterminato e svolga attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, retribuito con non meno di 16 ore lavorative alla settimana presso un'azienda privata, oppure sia un lavoratore autonomo. In entrambi i casi non dovrà essere stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla normale attività lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia o infortunio;
- 5) che sia un non lavoratore come da definizione;
- 6) si considera assicurato la persona fisica purché, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità previste dai punti precedenti.

Art. 3 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

1) Nell'ambito della durata prevista dal contratto, la decorrenza della copertura assicurativa per ogni singolo assicurato/utente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'attivazione del contratto di fornitura denominato "Bolletta Assicurata".

2) Per il singolo assicurato/utente la copertura termina alle ore 24.00 del 365° da quello dell'attivazione del contratto di fornitura, senza facoltà di proroga. La copertura per il singolo assicurato/utente termina, altresì, alle ore 24 del giorno di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente o malattia grave.

Art. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è a carico del Contraente e viene versato in via anticipata.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 5 - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, in corso di copertura, l'assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla normale attività lavorativa, nel senso che da lavoratore autonomo diventi lavoratore dipendente o viceversa, oppure da lavoratore autonomo o lavoratore dipendente diventi non lavoratore o viceversa, la copertura sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata una copertura corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'assicurato. Conseguentemente, la copertura sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (lavoratore autonomo o lavoratore dipendente o non lavoratore) dell'assicurato al momento del sinistro.

Art. 6 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

1) **In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.**

2) **L'avviso scritto di sinistro deve essere inviato dall'assicurato alla Società, nel termine di cui al precedente punto 1), tramite invio di mail a sinistri@gruppooitas.it oppure con lettera raccomandata da inviare a Itas Mutua Sede - Direzione Servizi Liquidativi - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento, unitamente alla documentazione di cui al successivo art. 23 per il caso di invalidità permanente totale, al successivo art. 27 per il caso di disoccupazione, al successivo art. 31 per il caso di malattia grave e al successivo art. 35 per il caso di ricovero ospedaliero da infortunio o malattia.**

3) Per informazioni in merito ad eventuali sinistri è a disposizione degli assicurati il numero verde 800 484 850.

4) Si specifica che, in casi eccezionali o di particolare difficoltà valutativa, la Società potrà richiedere **ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.**

Art. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Sia che la facoltà di recesso sia esercitata dal Contraente che dalla Società, la copertura assicurativa relativa alle posizioni in corso rimane operante fino alla singola naturale scadenza.

Art. 8 - ONERI FISCALI

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

Art. 9 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

Art. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 11 – LIMITI TERRITORIALI

Ai fini della presente polizza la copertura per Invalidità Permanente Totale si estende ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La Società liquida indennizzi per Inabilità Temporanea Totale, Malattie Gravi e Ricovero con degenza a seguito di infortunio e malattia avvenuti con ricovero ospedaliero nell'ambito dell'Unione Europea. La copertura per Disoccupazione è limitata ai soli sinistri verificatisi nell'ambito dell'Unione Europea.

Art. 12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni in corso per lo stesso rischio o che venissero stipulate dopo l'entrata in vigore del presente contratto.

ART. 14 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso terzi responsabili del sinistro.

ART. 15 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza del Contraente o dell'assicurato.

ART. 16 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra il Contraente o l'assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'assicurato stesso.

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

In deroga all'art. 1900 del Codice Civile, le coperture si estendono ai sinistri cagionati da colpa grave dell'assicurato. In deroga all'art. 1912 del Codice Civile le coperture si estendono ai sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente polizza.

ART. 19 – PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

SEZIONE A**ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
(per tutti gli assicurati)**

ART. 20 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di invalidità permanente totale la Società corrisponderà all'assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 21 qualora:

- 1) l'infortunio o la malattia si siano verificati durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente art. 3;
- 2) l'invalidità permanente totale dell'assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'ha provocata;
- 3) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'assicurato dell'indennizzo di cui al successivo art. 21;
- 4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 22;
- 5) l'assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 21 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità permanente totale da infortunio o da malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento di un importo pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'assicurato, con data di scadenza compresa tra il giorno del sinistro ed i successivi 365 giorni. L'importo viene corrisposto solo se l'invalidità permanente è superiore al 65%.

Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di inabilità temporanea totale, nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data della relazione medica che attesti l'inabilità totale permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'inabilità totale permanente.

2) **L'indennizzo di cui al precedente punto 1) sarà pagato entro il limite di euro 1.000,00 per sinistro e annualità assicurativa.**

ART. 22 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di:

- 1) malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto di assicurazione e conosciuti dall'assicurato;
- 2) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, 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;
- 3) uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio. Sono invece compresi in garanzia gli infortuni che l'assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub; convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso;
- 4) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 5) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 6) delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- 7) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo. Sono invece compresi gli infortuni determinati da guerra o da insurrezione 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;
- 8) partecipazione attiva dell'assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 9) 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);
- 10) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- 11) pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con autorespiratore, sci estremo;
- 12) pratica di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale;
- 13) produzione e/o uso di esplosivi;
- 14) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 15) stati patologici correlati alla infezione da HIV, S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta grave) e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt- Jacob;
- 16) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 17) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
- 18) atti volontari di autolesionismo dell'assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato.

Nessun indennizzo è dovuto se l'assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non rientra nei parametri indicati al precedente art. 2 – Persone assicurabili.

ART. 23 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1) Ai fini della denuncia del sinistro di cui al precedente art. 6, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono allegare la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) copia di tutte le fatture rilasciate dal Contraente e pagate nel periodo indicato all'art. 21 punto 1);
- c) notifica di invalidità totale permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'inabilità totale permanente, il relativo grado e la causa della stessa;
- d) ogni documentazione inerente il sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

2) L'assicurato o i suoi aventi diritto si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE B
ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE
(per lavoratori dipendenti di aziende private)

ART. 24 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di disoccupazione, la Società corrisponderà all'assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 25 qualora:

- 1) si sia verificato un sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'assicurato durante il periodo di efficacia della copertura nei termini di cui al precedente art. 3;

- 2) la data di invio all'assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in mobilità o in cassa integrazione guadagni straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 della data in cui termina il periodo di carenza di 30 giorni successivo alla data iniziale;
- 3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 26;
- 4) l'assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 25 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

- 1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'assicurato in base alla copertura per il caso di disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'assicurato, con data di scadenza compresa tra il giorno del sinistro ed il giorno della cessazione del periodo di disoccupazione, con il massimo comunque di 365 giorni.
- 2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1) viene corrisposto con un limite di indennizzo di euro 1.000,00 per annualità assicurativa.

ART. 26 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di disoccupazione se, al momento del sinistro, l'assicurato è lavoratore autonomo, non lavoratore, pensionato o casalinga. Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di disoccupazione se:

- 1) l'assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i dodici mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) alla data iniziale l'assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- 3) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- 4) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- 5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto" (ex Co.Co.Co.);
- 6) l'assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- 7) l'assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- 8) l'assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di cassa integrazione guadagni straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 9) l'assicurato percepisce il trattamento di cassa integrazione guadagni ordinaria;
- 10) la disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'indennizzo in caso di inabilità temporanea totale;
- 11) l'assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 12) l'assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 2 della polizza.

ART. 27 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

- 1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente art. 6, l'assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2) del precedente art. 6 la seguente documentazione:
 - a) copia del documento di identità;
 - b) copia di tutte le fatture rilasciate dal Contraente e pagate nel periodo indicato all'art. 25 punto 1);
 - c) copia del contratto di lavoro;
 - d) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
 - e) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella cassa integrazione guadagni straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
 - f) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di mobilità o di cassa integrazione guadagni ordinaria e/o straordinaria. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.
- 2) L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie e autorizza il proprio datore di lavoro a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE C
ASSICURAZIONE PER MALATTIA GRAVE
(per tutti gli assicurati)

ART. 28 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER MALATTIA GRAVE

Nel caso di malattia grave, la Società corrisponderà all'assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 29 qualora:

- 1) il sinistro sia avvenuto scadute le ore 24.00 della data termine del periodo di carenza di 30 giorni successivo alla data iniziale e comunque durante il periodo di efficacia della copertura ai sensi del precedente art. 3;
- 2) il sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo art. 30;
- 3) l'assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6;
- 4) il sinistro sia ascrivibile alle malattie gravi definite dai punti che seguono:
 - a) **Cancro**
Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e all'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.
 - b) **Coronaropatia (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)**
Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.
 - c) **Infarto del miocardio (attacco cardiaco)**
Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area Interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
 - ripetuti dolori al torace;
 - cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
 - aumento degli enzimi cardiaci.
 - d) **Ictus cerebrale (colpo apoplettico)**
Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).
 - e) **Insufficienza renale**
Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
 - f) **Malattie** che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.
 - g) **Pandemia**
Qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dal governo italiano e che comporti ricovero in terapia intensiva.

ART. 29 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

- 1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'assicurato in base alla copertura per il caso di malattia grave, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento, di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'assicurato, con data di scadenza compresa nel periodo intercorrente da quando è stata diagnosticata la malattia grave ed i successivi 365 giorni.
- 2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1) viene corrisposto con un limite di indennizzo di euro 1.000,00 per annualità assicurativa.

ART. 30 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

- 1) Nessun indennizzo è dovuto se, al momento della diagnosi della malattia grave, l'assicurato è lavoratore dipendente o lavoratore autonomo.
- 2) Sono escluse dall'oggetto della copertura le malattie conseguenti a, o causate da:
 - a) situazioni patologiche già diagnosticate all'assicurato nei 360 giorni prima della data iniziale;
 - b) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
 - c) atti volontari di autolesionismo dell'assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
 - d) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto all'assicurato a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
 - e) infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dall'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
 - g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
 - h) partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi;
 - i) qualsiasi condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili;
 - j) l'assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'art. 2 della presente polizza.

ART. 31 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

- 1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente art. 6, l'assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2) del precedente art. 6 la seguente documentazione:
 - a) copia del documento di identità;
 - b) copia di tutte le fatture rilasciate dal Contraente e pagate nel periodo indicato all'art. 29 punto 1);

- c) autocertificazione o altra documentazione che certifichi la sua condizione di non lavoratore al momento del sinistro;
d) attestato di un medico che certifichi la diagnosi di malattia grave, corredata dalla documentazione medica necessaria.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

- 2) L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

SEZIONE D

ASSICURAZIONE PER RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

(per lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico)

ART. 32 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia, la Società corrisponderà all'assicurato l'indennizzo di cui al successivo art. 33 qualora:

- 1) il ricovero abbia comportato **una degenza minima di 15 giorni** e che si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente art. 3;
- 2) il sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il periodo di carenza di 30 giorni successivo alla data iniziale;
- 3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 34;
- 4) l'assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente art. 6.

ART. 33 – INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

- 1) L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'assicurato in base alla copertura per il caso di ricovero a seguito di degenza e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'assicurato, con data di scadenza compresa nel periodo intercorrente dalla prima notte di degenza ed i successivi 365 giorni.
- 2) L'indennizzo di cui al precedente punto 1) viene corrisposto con un limite di indennizzo di euro 1.000,00 per annualità assicurativa.

ART. 34 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di:

- 1) malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto di assicurazione e conosciuti dall'assicurato;
- 2) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, 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;
- 3) uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio. Sono invece compresi in garanzia gli infortuni che l'assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub; convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso;
- 4) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 5) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 6) delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- 7) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo. Sono invece compresi gli infortuni determinati da guerra o da insurrezione 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;
- 8) partecipazione attiva dell'assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 9) 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);
- 10) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- 11) pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con autorespiratore, sci estremo;
- 12) pratica di sport costituenti per l'assicurato attività professionale;
- 13) produzione e/o uso di esplosivi;
- 14) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 15) stati patologici correlati alla infezione da HIV e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt- Jacob;
- 16) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 17) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
- 18) atti volontari di autolesionismo dell'assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato.

Nessun indennizzo è dovuto se l'assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non rientra nei parametri indicati al precedente art. 2 – Persone assicurabili.

ART. 35 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

1) Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente art. 6, l'assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2) del precedente art. 6 la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) copia di tutte le fatture rilasciate dal Contraente e pagate nel periodo indicato all'art. 33 punto 1);
- c) attestato che certifichi la sua condizione di lavoratore autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- d) certificato medico attestante l'inabilità temporanea totale, certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- e) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

2) L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché autorizza il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

ART. 36 – CONTROVERSIE

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea 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 totale 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 37 – CUMULO DI INDENNIZZO

Rimane convenuto tra le Parti che, qualora uno o più eventi dovessero interessare una o più coperture previste dalla presente polizza, l'indennizzo massimo corrisposto al singolo assicurato/utente non può superare l'importo di euro 1.000,00.

Assicurazione a copertura utenze domestiche

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: "BOLLETTA ASSICURATA"



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

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto prestato alle persone fisiche intestatarie del contratto di fornitura di energia elettrica, denominato "Bolletta Assicurata", con la Contraente. La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo qualora si verifichi un sinistro consistente in: invalidità permanente causata da infortunio o malattia a tutti i soggetti assicurati; disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato; ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia, solo qualora l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici; malattia grave, qualora l'Assicurato sia dipendente del settore privato, dipendente pubblico, lavoratore autonomo, non lavoratore, pensionato o casalinga.



Che cosa è assicurato?

A) Invalidità permanente totale da infortunio o malattia (obbligatoria)

La Società, a seguito di invalidità permanente superiore al 65% derivante da infortunio o malattia:

- ✓ indennizza l'Assicurato mediante il pagamento di una somma pari alle fatture emesse dalla Contraente, regolarmente pagate dall'Assicurato, con data di scadenza compresa tra il giorno del sinistro ed i successivi 365 giorni.

B) Assicurazione per disoccupazione

La Società, a seguito di disoccupazione da parte del lavoratore dipendente a tempo indeterminato di aziende private:

- ✓ indennizza l'Assicurato di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'Assicurato, con data di scadenza compresa tra il giorno del sinistro ed il giorno della cessazione del periodo di disoccupazione, con il massimo comunque di 365 giorni.

C) Assicurazione per malattia grave

La Società, a seguito di malattie che siano definite gravi nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

- ✓ indennizza l'Assicurato di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'Assicurato, con data di scadenza compresa nel periodo intercorrente da quanto è stata diagnosticata la malattia grave ed i successivi 365 giorni.

D) Assicurazione per ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia

La Società, a seguito di ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia:

- ✓ indennizza l'Assicurato di una somma pari alle fatture emesse dal Contraente, regolarmente pagate dall'Assicurato, con data di scadenza compresa nel periodo intercorrente dalla prima notte di degenza ed i successivi 365 giorni.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle somme assicurate indicate sulla scheda di polizza e sottoscritte 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.

- ✗ Nessun indennizzo è dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non rientra nei parametri indicati nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Persone assicurabili).

La garanzia non opera per:

A) Invalidità permanente totale da infortunio o malattia

D) Assicurazione per ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia

- ✗ malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto di assicurazione e conosciuti dall'Assicurato;
- ✗ guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della relativa abilitazione;
- ✗ uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, sono invece compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri;
- ✗ pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con autorespiratore, sci estremo;
- ✗ ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ✗ pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale principale;
- ✗ parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi.

B) Assicurazione per disoccupazione

- ✗ mancata prestazione della propria attività lavorativa come lavoratore dipendente a tempo indeterminato di aziende private in modo continuativo per i dodici mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro;
- ✗ conoscenza alla data iniziale da parte dell'Assicurato della prossima disoccupazione, o comunque di circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- ✗ disoccupazione conseguente a licenziamento per giusta causa;
- ✗ mancata iscrizione dell'Assicurato nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia.

C) Assicurazione per malattia grave

- ✘ situazioni patologiche già diagnosticate all'Assicurato nei 360 giorni prima della data iniziale;
- ✘ etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni.



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 dal-

le singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

! A) Invalidità permanente totale da infortunio o malattia: nessun indennizzo sarà corrisposto per invalidità pari o inferiore al 65%.

! Per tutte le garanzie A), B), C) e D): indennizzo pari alle fatture emesse dalla Contraente, regolarmente pagate dall'Assicurato, con data di scadenza compresa tra il giorno del sinistro ed i successivi 365 giorni, con il massimo di € 1.000 per sinistro e annualità assicurativa.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura per Invalidità permanente totale da infortunio o malattia si estende ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La Società liquida indennizzi per Assicurazione per malattia grave e Assicurazione per ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia avvenuti con ricovero ospedaliero nell'ambito dell'Unione Europea. La copertura per Assicurazione per disoccupazione è limitata ai soli sinistri verificatisi nell'ambito dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Devi inoltre comunicare, nel corso del contratto, eventuali modifiche del tuo status lavorativo: ad esempio se da lavoratore autonomo diventi lavoratore a tempo indeterminato di aziende private. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
- Devi comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se ometti dolosamente tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.
- In caso di sinistro: fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno; denunciare il sinistro all'Intermediario a o alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità e fornire la specifica documentazione richiesta per ciascuna garanzia.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è pagato al rilascio della polizza in una unica soluzione per l'intera durata contrattuale.

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 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 vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha validità dalle ore 24.00 del giorno di attivazione del contratto di fornitura denominato "Bolletta Assicurata".

Per il singolo assicurato/utente la copertura termina alle ore 24.00 del 365° giorno da quello dell'attivazione del contratto di fornitura, senza facoltà di proroga. La copertura per il singolo utente/assicurato terminata, altresì, alle ore 24 del giorno di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente o malattia grave.



Come posso disdire la polizza?

Dopo ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Sia che la facoltà di recesso sia esercitata dal Contraente che dalla Società, la copertura assicurativa relativa alle posizioni in corso rimane operante fino alla singola naturale scadenza.

Assicurazione a copertura utenze domestiche
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: ITAS Mutua
Prodotto: "BOLLETTA ASSICURATA"
Data di aggiornamento: 23/09/2021



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 al 31/12/2020 (mln di €)	Capitale sociale	Riserve patrimoniali	Patrimonio netto	Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR)	Requisito Patrimoniale Minimo (MCR)	Fondi Propri Ammissibili per SCR	Fondi Propri Ammissibili per MCR	Indice di Solvibilità
	188	211	415	392	144	807	735	206%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non sono previste ulteriori garanzie aggiuntive rispetto a quelle descritte nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni).



Che cosa NON è assicurato?

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

A) INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

D) ASSICURAZIONE PER RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di:

- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- produzione e/o uso di esplosivi;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV, S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta grave) e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt- Jacob;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato.

B) ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE

L'assicurazione non è operante se:

- la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione

<p>di un rapporto di "lavoro a progetto" (ex Co.Co.Co.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana; - l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà; - l'Assicurato percepisce il trattamento di cassa integrazione guadagni ordinaria; - la disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'indennizzo in caso di inabilità temporanea totale; - l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova; <p>l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non presentava i requisiti di assicurabilità.</p> <p>C) ASSICURAZIONE PER MALATTIA GRAVE</p> <p>Sono escluse le malattie conseguenti a, causate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventi chirurgici angioplastici, terapie laser; - atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere; - infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dall'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); - scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; - qualsiasi condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS), o sindromi o stati assimilabili; <p>- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della polizza, non presentava i requisiti di assicurabilità.</p>

 <p>Ci sono limiti di copertura?</p>
<p>Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono previsti altresì i seguenti ulteriori limiti di copertura.</p> <p>B) ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE:</p> <p>Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova.</p> <p>D) ASSICURAZIONE PER RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA:</p> <p>Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 30 giorni per inabilità temporanea totale causata da malattia, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale, causata dalla stessa malattia del sinistro precedente se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 30 giorni.</p>

 <p>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</p>
<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p> <p>Denuncia di sinistro: Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi.</p> <p>A) INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:</p> <p>Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono allegare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita; - notifica di invalidità totale permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'invalidità totale permanente, il relativo grado e la causa della stessa; - ogni documentazione inerente il sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro. <p>L'Assicurato o i suoi aventi diritto si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.</p> <p>B) ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE:</p> <p>Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di identità; - copia del contratto di lavoro; - copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro; - copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella cassa integrazione guadagni straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste; - attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di mobilità o di cassa integrazione guadagni ordinaria e/o straordinaria. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro. <p>L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie e autorizza il proprio datore di lavoro a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.</p>

	<p>C) ASSICURAZIONE PER GRAVE MALATTIA: Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di identità; - autocertificazione o altra documentazione che certifichi la sua condizione di non lavoratore al momento del sinistro; - attestato di un medico che certifichi la diagnosi di grave malattia, corredata dalla documentazione medica necessaria. <p>In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.</p> <p>L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.</p> <p>D) ASSICURAZIONE PER RICOVERO CON DEGENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA: Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita; - attestato che certifichi la sua condizione di lavoratore autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA); - certificato medico attestante l'inabilità temporanea totale, certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; - i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale). <p>In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.</p> <p>L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché autorizza il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla polizza. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.</p> <p>Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia o perdita del lavoro, e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro, l'Assicurato è tenuto, oltre che ad inviare alla Società l'avviso scritto di sinistro, a comunicare alla Società la continuazione del sinistro con le stesse modalità sopra descritte ed entro tre giorni, da quando ne ha avuto la possibilità, dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previsti enti/strutture convenzionate con la Società.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>L'assicurato deve dichiarare di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.</p> <p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, la Società provvede al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Rimborso	<p>È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte della Società per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - annullamento del contratto in corso, a seguito della modifica della condizione occupazionale dell'Assicurato, al fine di stipularne uno nuovo con il nuovo status lavorativo. <p>Inoltre, il rimborso è previsto nel caso di estinzione anticipata (totale o parziale) o di trasferimento del mutuo o del finanziamento o nel caso di ripensamento.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contraente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla stipula, inviando comunicazione alla Società con lettera raccomandata A.R. indirizzata a ITAS Mutua – Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento (Italia). È previsto il rimborso della parte di premio pagato e non goduto.
Risoluzione	È possibile recedere dal contratto anche in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo o del finanziamento, inviando comunicazione alla Società con lettera raccomandata A.R. indirizzata a ITAS Mutua – Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento (Italia). È previsto il rimborso della parte di premio pagato e non goduto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Prodotto prestato alle persone fisiche intestatarie del contratto di fornitura di energia elettrica, denominato "Bolletta Assicurata", con la Contraente. La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo qualora si verifichi un sinistro consistente in: invalidità permanente causata da infortunio o malattia a tutti i soggetti assicurati; disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato; ricovero con degenza a seguito di infortunio o malattia, solo qualora l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici; malattia grave, qualora l'Assicurato sia dipendente del settore privato, dipendente pubblico, lavoratore autonomo, non lavoratore, pensionato o casalinga.	

 Quali costi devo sostenere?	
I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 5% (al 31/12/2020).	

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'aliquota fiscale del 2,5%.