

**LAVORO**

PROTEZIONE INFORTUNI COLLETTIVITÀ

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA.
INFORTUNI, MALATTIA E ALTRE GARANZIE.**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Infortuni, malattia e altre garanzie



Groupama
Assicurazioni

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Protezione Infortuni Collettività

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Infortuni, malattia e altre garanzie.



Che cosa è assicurato?

Il capitale umano di Aziende, intese come micro/piccole imprese, per **infortuni** che dovesse subire nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e/o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale o ricreativa, nonché per parificazione/estensione del concetto stesso di infortunio (es. asfissia, punture di insetti, ernie, atti di temerarietà, calamità naturali, rischio guerra).

È assicurato:

- ✓ **Morte e Morte presunta:** il riconoscimento ai beneficiari designati del capitale stabilito in polizza, anche se la morte sopravviene entro due anni dall'evento.
- ✓ **Invalidità Permanente:** un indennizzo che è funzione della somma assicurata, indicata in polizza, e del grado di invalidità accertato, anche se essa stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'evento.

Garanzie sempre operanti:

Ernie
Malattie tropicali - Malaria
Rischio volo
Rischio calamità naturali
Rischio guerra
Spese di soccorso
Danni estetici
Anticipo sull'indennizzo

Sono garanzie facoltative:

Invalidità permanente da malattia
Inabilità Temporanea
Rimborso delle Spese di Cura da infortunio
Indennità Giornaliera per Ricovero
Indennità Giornaliera da Gessatura
Indennità Giornaliera da Ricovero per malattia
Assistenza
La somma assicurata di ciascuna garanzia attiva è indicata in polizza.

Sono condizioni facoltative:

Personale Dirigente (solo rischio aziende)
Delimitazione dell'assicurazione al rischio volo (solo rischio aziende)
Forma di copertura professionale
Forma di copertura extraprofessionale
Rischio carica



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Gli infortuni causati da:
 - Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - Malattie mentali e disturbi psichici;
 - Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni.

Per le garanzie riguardanti la malattia:

- ✗ Patologie correlate ad infezioni da HIV;
- ✗ Invalidità da malattia manifestatesi oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione;
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Cure odontoiatriche;
- ✗ Ricoveri per lungodegenze o check up.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia sono prestate con dei periodi di **carezza** ossia periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
- ! Su alcune prestazioni sono operanti dei limiti temporali, territoriali e per evento.
- ! L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni. Per le persone che nel corso del contratto raggiungano il 75° anno di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza

Tale prodotto si adatta anche alle esigenze di protezione di specifiche collettività come associazioni di volontariato, scuole, tornei sportivi, manifestazione, palestre, colonie, viaggi di gruppo e simili, per le quali valgono le medesime garanzie sopra descritte, ad esclusione delle condizioni facoltative, con specifiche limitazioni.

annuale successiva alla data di raggiungimento dell'età indicata.

- ! La copertura infortuni relativa al rischio guerra vale per un massimo di 14 giorni qualora l'assicurato venga sorpreso all'estero da tali eventi e si ritrovi impossibilitato ad abbandonare il Paese.
- ! In caso di calamità naturali (terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni), la garanzia è prestata col sottolimito del 20% della somma assicurata con il massimo di euro 100.000,00 per sinistro.
- ! Non si darà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente derivante da malattie tropicali quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione e la liquidazione dei danni sono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta italiana. L'Inabilità Temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Qualora sia richiesta la compilazione di un questionario sanitario o delle dichiarazioni sanitarie, è necessario che rispondi in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso, poiché le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione di patologie preesistenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali e quadrimestrali con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo. Se non paghi i premi o le 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.



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. Se operante la garanzia di Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione è prestata senza tacito rinnovo e scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Assicurazione Infortuni, malattia e altre garanzie

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Protezione Infortuni Collettività

Ed. 12/2019 – Agg. 12/2023

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



Groupama
Assicurazioni

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.

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma, Italia.
Tel. +39 06/3018.1, fax +39 06/80210.831, www.groupama.it – info@groupama.it – PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto della Società ammonta a 624.3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 131,5 milioni di Euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici> e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 469,6 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 211,3 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 921,0 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 756,8 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 196,10%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi gli infortuni avvenuti durante:

- ✗ l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti o imbarcazioni a motore:
 - in pista o in percorsi di gara;
 - in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- ✗ la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;

	✗ la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza; ✗ la guida o uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri; ✗ la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kitesurfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere; ✗ competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo; ✗ partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche); ✗ il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale. Gli infortuni causati da: ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio; ✗ malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo compulsivi, e loro conseguenze; ✗ assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni; ✗ atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario; ✗ movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche; ✗ guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri; ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.). Sono inoltre esclusi dall'assicurazione: ✗ gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie; ✗ le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo. L'assicurazione in caso di Invalidità Permanente da Malattia non è operante per: ✗ conseguenze dirette di infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati; ✗ le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo; ✗ le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; ✗ le malattie mentali, l'epilessia, le demenze, i disturbi della personalità e psichici in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo - compulsivi, e loro conseguenze; ✗ patologie correlate a infezione da HIV; ✗ le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; ✗ le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici; ✗ le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; ✗ le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; ✗ le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie sono operanti, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato); ✗ le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni; ✗ le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace); ✗ le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare,
--	---

	isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche); × le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero. Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione. L'assicurazione in caso di Indennità giornaliera da ricovero per malattia, non è operante per: × conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, tanto se sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave, quanto se dichiarati; × l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative; × le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; × le malattie mentali, l'epilessia, le demenze, i disturbi della personalità e psichici in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze; × patologie correlate a infezione da HIV; × prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; × aborto volontario non terapeutico; × trattamenti dietologici, prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza); × cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza; × conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche; × malattie conseguenti a guerre, insurrezioni, movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, svolgimento di operazioni militari all'estero; × i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici; × le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; × le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura. La Società effettua il pagamento delle indennità dovute, a degenza ultimata su presentazione di copia della cartella clinica da cui risulti la natura e l'esito della malattia, le date di inizio e termine del ricovero. La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede franchigie e massimali.

! **Franchigie**

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato, solitamente espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata.

Esempio franchigia in cifra fissa

Danno: € 1.000,00

Franchigia: € 200,00,

Somma spettante all'Assicurato così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00

Rimarranno, quindi, a carico dell'assicurato € 200,00

In questo prodotto esistono varie tipologie di franchigie sul grado di invalidità permanente accertato. Le invalidità permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun indennizzo.

Esempio franchigia in percentuale

Capitale assicurato: € 100.000,00

Percentuale di invalidità permanente accertata: 5%

Franchigia prevista per quel capitale: 3%

Percentuale della somma assicurata da liquidare: 5% - 3% = 2%.

Somma spettante all'assicurato: 2% di 100.000,00 = € 2.000,00.

! **Massimali**

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno.

Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Esempio

Danno: € 3.000,00

Massimale previsto: € 1.000,00 ----> L'Assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino a € 1.000,00

Rimane a carico dell'Assicurato: € 3.000,00 (danno) - € 1.000,00 (massimale) = € 2.000,00

! **Rivalsa**

Limitatamente al settore Infortuni e Malattia, la Società rinuncia al diritto di rivalsa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio o la diagnosi della malattia in corso di contratto così come specificato nell'oggetto dell'assicurazione. Il Contraente, l'Assicurato o i loro aventi causa devono dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società non appena ne hanno avuto la conoscenza o la possibilità. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento in caso di infortunio, la diagnosi medica in caso di malattia, e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.
	Assistenza diretta/in convenzione: le garanzie Malattia non prevedono l'assistenza diretta, ma sono solo rimborsuali/indennitarie.
	Gestione da parte di altre imprese: per i sinistri del ramo Assistenza, la gestione degli stessi è stata affidata a un'impresa terza, Europ Assistance Vai S.p.A, che l'Assicurato deve contattare direttamente per poter usufruire delle prestazioni.
	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'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Pagamento dell'indennizzo Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta. Arbitrato In caso di attivazione della procedura arbitrale la Società sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Anticipo sull'indennizzo Relativamente alle garanzie per le quali è previsto, nel caso in cui non sussistano dubbi sull'indennizzabilità del sinistro, la Società è tenuta a concedere un anticipo dell'indennizzo nel rispetto dei limiti indicati.



Quando e come devo pagare?

Premio	Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Solo per alcuni rischi speciali di durata inferiore all'anno le prestazioni sono garantite previo corresponsione di un premio temporaneo. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali e quadrimestrali con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2% e del 3%. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono: 1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario,
---------------	---

	in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia; 2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità; 3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia. Il premio è comprensivo di imposte.
Rimborso	– Qualora la Società abbia assicurato soggetti affetti da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. La cessazione comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 60 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta – già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso. – In caso di sinistro regolarmente denunciato nei termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'indennizzo, la Società avrà diritto di recedere dal contratto con un preavviso di 30 giorni. In tal caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà al Contraente la quota del premio non goduto al netto delle imposte. La facoltà di recesso si ha per non apposta qualora il Contraente rientri nella categoria dei consumatori di cui all'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c. Carenze - La garanzia di Indennità Giornaliera da ricovero per malattia è operante: - per la malattia, dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto, con riferimento alle malattie insorte in corso di contratto; - per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, dal 180° giorno successivo alla conclusione del contratto. - La garanzia di Invaldità permanente da malattia è operante dal 90° giorno successivo alla conclusione del contratto.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	- Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. - Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le malattie, a parziale deroga dell'articolo 1910 del C.C. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata il contratto è risolto di diritto. - Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di disdire il contratto con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio.



A chi è rivolto questo prodotto?

Protezione Infortuni Collettività è dedicato alla tutela del Capitale Umano di Micro, Piccole e Medie Imprese dei più svariati settori merceologici in caso di infortuni occorsi sul posto di lavoro o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale e ricreativa ed estendibile anche in caso di malattia.

Tale prodotto si adatta anche alle esigenze di protezione di specifiche collettività come associazioni di volontariato, scuole, tornei sportivi, manifestazione, palestre, colonie, viaggi di gruppo e simili.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 28%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	– E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro. – Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. – In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto sono soggetti a aliquota: - pari al 2,50% per i rischi Infortuni e Malattia - pari al 10,00% per la garanzia Assistenza. <u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi versati non sono fiscalmente detraibili.
---	--

EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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



Groupama
Assicurazioni

LAVORO

PROTEZIONE INFORTUNI COLLETTIVITÀ

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

Premessa	3
Glossario	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 2 Aggravamento del rischio	7
Art. 3 Diminuzione del rischio	7
Art. 4 Altre assicurazioni	7
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	7
Art. 6 Regolazione premio	7
Art. 7 Modifiche dell'assicurazione	8
Art. 8 Variazione del contraente	8
Art. 9 Variazione del rischio assicurato	8
Art. 10 Recesso in caso di sinistro	8
Art. 11 Obblighi in caso di sinistro	8
Art. 12 Proroga e periodo di assicurazione	8
Art. 13 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 14 Oneri fiscali	9
Art. 15 Foro competente	9
Art. 16 Obblighi del Contraente nei confronti degli Assicurati	9
Art. 17 Rinvio alle norme di legge	9
SEZIONE INFORTUNI	
CHI E CHE COSA È ASSICURATO	10
Art. 18 Chi è assicurato	10
Art. 19 Persone non assicurabili	10
Art. 20 Cosa è assicurato - Oggetto dell'assicurazione	10
COME POSSO ASSICURARMI - FORME DI COPERTURA	10
Art. 21 Assicurazione in forma nominativa	10
Art. 22 Assicurazione in forma non nominativa	11
LE GARANZIE INFORTUNI	12
Art. 23 Morte e morte presunta	12
Art. 24 Invalidità permanente	12
GARANZIE SEMPRE OPERANTI	13
Art. 25 Ernie	13
Art. 26 Malattie tropicali - Malaria	13
Art. 27 Rischio volo	13
Art. 28 Rischio calamità naturali	13
Art. 29 Rischio guerra	13
Art. 30 Spese di soccorso	13
Art. 31 Danni estetici	14
GARANZIE FACOLTATIVE	15
Art. 32 Garanzia facoltativa A - Inabilità temporanea	15
Art. 33 Garanzia facoltativa B - Rimborso spese di cura	15
Art. 34 Garanzia facoltativa C - Indennità giornaliera da Ricovero	15
Art. 35 Garanzia facoltativa D - Indennità giornaliera da Gessatura	15

Art. 36	Garanzia facoltativa E - Invalidità permanente da Malattia	16
Art. 37	Garanzia facoltativa F - Indennità giornaliera da Ricovero per Malattia	17

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA		
CONDIZIONI FACOLTATIVE		18
Art. 38	A - Personale Dirigente	18
Art. 39	B - Delimitazione dell'assicurazione al rischio volo	18
Art. 40	C - Forma di copertura professionale	19
Art. 41	D - Forma di copertura extraprofessionale	19
Art. 42	E - Rischio carica	19

CONDIZIONI SPECIALI		20
Art. 43	Condizione speciale A - Associazioni di volontariato	20
Art. 44	Condizione speciale B - Scuole (escluse Università)	20
Art. 45	Condizione speciale C - Tornei sportivi di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo	21
Art. 46	Condizione speciale D - Manifestazioni, sagre, fiere	22
Art. 47	Condizione speciale E - Colonie, centri estivi, gr.est., campus, campi scuola	22
Art. 48	Condizione speciale F - Viaggi collettivi	23
Art. 49	Condizione speciale G - Palestre	24

COSA NON E' ASSICURATO		
Art. 50	Esclusioni relative alla Sezione Infortuni	25
Art. 51	Esclusioni relative alla garanzia Indennità Giornaliera da Ricovero per Malattia	25
Art. 52	Esclusioni relative alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia	26

LIMITI DI COPERTURA		27
Art. 53	Estensione territoriale	27
Art. 54	Limite di età	27
Art. 55	Limite per evento	27

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ		
Art. 56	Obblighi di denuncia dell'infortunio o della malattia e oneri relativi	28
Art. 57	Criteri di indennizzabilità	28
Art. 58	Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie	28
Art. 59	Criteri di liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie	28
Art. 60	Criteri di liquidazione del rimborso spese di cura	28
Art. 61	Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente da malattia	29
Art. 62	Accantonamento dell'indennizzo in caso di responsabilità civile del Contraente	29
Art. 63	Anticipo sull'indennizzo	29
Art. 64	Controversie: arbitrato irrituale	29
Art. 65	Pagamento dell'indennizzo	29

SEZIONE ASSISTENZA		
CHI E COSA E' ASSICURATO		
Art. 66	Premessa - Servizio di Assistenza	30
Art. 67	Chi è assicurato	30
Art. 68	Cosa è assicurato - Prestazioni di Assistenza	30

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della Polizza (mod. 220339) stipulata dal Contraente.

Resta pertanto inteso che:

- *si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in Polizza (mod. 220339) integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario (mod. 220357);*
- *l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in Polizza (mod. 220339), fatti salvi i limiti di indennizzo, gli scoperti e le franchigie eventualmente previste in Polizza (mod. 220339) o nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 250236).*

Le Definizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 250236) hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con stampa su sfondo rosso nelle Condizioni di Assicurazioni (mod. 250236).

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

AMBULATORIO

La struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Qualora il Contraente sia una Azienda, sono assicurabili:

- i prestatori di lavoro subordinato alle dipendenze del Contraente,
- i titolari, i soci (purché prestino la loro attività a favore del Contraente)
- ed i familiari coadiuvanti.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

BENEFICIARIO

La persona o le persone titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

CONTRAENTE

Il soggetto che sottoscrive l'assicurazione e paga il premio.

CONVALESCENZA

Il periodo temporale, successivo a un ricovero, compreso tra la fine della fase acuta dell'alterazione della stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico.

FRANCHIGIA

- L'importo prestabilito in cifra fissa che viene dedotto dall'indennizzo e che rimane a carico dell'Assicurato; se in polizza sono previsti limiti di indennizzo, si procederà alla liquidazione del danno applicando la franchigia dopo aver tenuto conto dei predetti limiti di indennizzo.
- La percentuale deducibile dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società.
- Il numero di giorni deducibile dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società.

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli";
- i busti ortopedici elastici;
- i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INABILITÀ TEMPORANEA

La temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle proprie occupazioni.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotripsia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, delle strutture per anziani.

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MASSIMALE

La somma che rappresenta il limite massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto in caso di sinistro.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per l'Assicurazione, compresi gli oneri fiscali.

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RETRIBUZIONE ANNUA LORDA

Per retribuzione annua si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute e purché risulti registrato nei libri della Contraente secondo quanto prescritto ai sensi di Legge, il Dipendente effettivamente riceva a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso e indennizzo, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione annua anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SCOPERTO

La quota percentuale del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SFORZO

Esplicazione di forza con prestazione muscolare straordinaria e sproporzionata rispetto alle condizioni fisiche del soggetto con riferimento alla sua età, sesso, abitudini di vita, attività lavorativa, sport praticati.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura – a carattere ricorrente - che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro purché la stessa non costituisca fonte di reddito imponibile, neanche come redditi diversi, ai sensi del TUIR 917.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della società di gestione dei servizi di assistenza costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

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

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione scritta alla Società dell'aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile: in tal caso la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente, in caso di assicurazione in forma non nominativa, o l'Assicurato, in caso di assicurazione nominativa, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio eccezion fatta per quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e per quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

Gli Assicurati sono dispensati dal comunicare alla Società eventuali assicurazioni individuali stipulate per rischi analoghi.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta in ogni caso fermo il periodo di aspettativa, o la diversa decorrenza della garanzia così come eventualmente indicato negli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le malattie, a parziale deroga dell'articolo 1910 del C.C.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata il contratto è risolto di diritto.

ART. 6 - REGOLAZIONE PREMIO

Qualora il premio venga convenuto, in tutto o in parte, in base a uno degli elementi di rischio variabili indicati in Polizza (mod. 220339) quali il numero di Assicurati a consuntivo e/o l'ammontare delle retribuzioni annue, esso è così determinato:

- viene anticipato in via provvisoria all'inizio del periodo di assicurazione e come premio minimo di polizza comunque dovuto e
- viene regolato al termine di ciascun periodo di assicurazione in base al valore assunto dagli elementi di rischio sopra indicati.

Nel caso in cui il valore dell'elemento di rischio variabile assunto come base per il calcolo del premio dovesse aumentare, il Contraente si impegna a darne avviso alla Società entro 60gg dal termine del periodo di assicurazione ed a corrispondere il maggior premio dovuto.

Qualora il Contraente, entro il termine prescritto, non dovesse segnalare alla Società eventuali variazioni in aumento degli elementi di rischio variabili, in caso di sinistro la Società applicherà il disposto dell'Art. 1898

del Codice Civile, salvo che la variazione intervenuta risulti:

- non superiore di un solo Assicurato e/o
- non superiore del 5% dell'ammontare delle retribuzioni annue rispetto a quanto originariamente dichiarato.

ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti Contraenti.

ART. 8 - VARIAZIONE DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della Società Contraente, il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il limite di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

ART. 9 - VARIAZIONE DEL RISCHIO ASSICURATO

Qualora nel corso della polizza si verifichino cambiamenti relativi al settore merceologico dell'azienda Contraente, delle categorie lavorative degli Assicurati dichiarate in polizza (mod. 220339), delle condizioni nelle quali l'attività lavorativa viene effettuata o delle condizioni che modificano il rischio oggetto dell'assicurazione, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Nel caso la variazione implichi un aggravamento di rischio che comporti l'applicazione di diverse condizioni di garanzia e di premio, la Società ha diritto di chiedere le relative modifiche delle condizioni in corso.

Se il Contraente non accetta le nuove condizioni, la Società ha diritto di recedere dalla polizza entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, con preavviso di 15 giorni.

Rimane fermo quanto stabilito nell'Art. 2 - Aggravamento del rischio.

ART. 10 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro regolarmente denunciato nei termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'indennizzo, la Società avrà diritto di recedere dal contratto con un preavviso di 30 giorni.

In tal caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà al Contraente la quota del premio non goduto al netto delle imposte.

La facoltà di recesso si ha per non apposta qualora il Contraente rientri nella categoria dei consumatori di cui all'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206.

ART. 11 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, come previsto dalla normativa vigente.

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

ART. 12 - PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Se operante la garanzia di Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 13 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'articolo 1916 Codice Civile.

ART. 14 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 15 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero del luogo ove ha sede la Direzione della Società, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

ART. 16 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI

Il Contraente, prima dell'inclusione dell'Assicurando nella copertura assicurativa, s'impegna a consegnargli le Condizioni di Assicurazione (mod. 250236) che regolano la copertura assicurativa.

ART. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 18 - CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili le piccole aziende ed alcune tipologie di rischi speciali (associazioni, scuole, manifestazioni e sagre, centri estivi, palestre ecc..) i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220339) con le garanzie rese operanti.

ART. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 C.C., senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 20 - COSA E' ASSICURATO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate in Polizza (mod. 220339);
- di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazione accidentale di sostanze tossiche;
- c) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse le conseguenze delle punture di zecca, la malaria e le malattie tropicali salvo quanto disposto dall'Art. 26 Malattie tropicali- Malaria;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento od il congelamento;
- f) la folgorazione;
- g) i colpi di sole e di calore;
- h) le lesioni muscolari da sforzo e le ernie da trauma esterno e/o da sforzo, così come previsto all'Art. 25 Ernie, salvo quanto disposto dall'Art. 50 - Esclusioni ltr. p);
- i) gli infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza;
- l) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- n) la rottura sottocutanea del Tendine di Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale;
- o) gli infortuni subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, purché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o con patente scaduta, sempreché l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro o alla dimissione dall'istituto di cura se l'infortunio ha comportato ricovero, o come trasportato sugli stessi;
- p) infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana;
- q) derivanti dalla pratica puramente ricreativa e non professionale di qualsiasi sport, salvo quanto disposto dall'Art. 50 - Esclusioni ltr. e), f) e g).

COME MI ASSICURO

ART. 21 - ASSICURAZIONE IN FORMA NOMINATIVA

La seguente norma è valida solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione vale per le persone indicate in Polizza, e in quanto permanga rispetto a esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società o all'Agenzia alla

quale è stata assegnata la polizza, la quale ne prende atto con appendice.

In tale comunicazione dovranno essere indicate le generalità dell'Assicurato (nome, cognome, data di nascita, attività professionale salvo in caso di Rischio speciale), nonché la data di inclusione o di esclusione, che in nessun caso potrà essere antecedente a quella del giorno di invio della suddetta comunicazione.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone ha effetto dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice (firma dell'appendice e pagamento del maggior premio che risulti dovuto).

Il Contraente, entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa, è obbligato al pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

Se il Contraente non effettua il pagamento del premio nel termine suddetto, l'assicurazione, rispetto alle nuove persone, resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

La cessazione di singoli assicurati, adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

ART. 22 - ASSICURAZIONI IN FORMA NON NOMINATIVA

La seguente norma è valida solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione vale per le persone appartenenti alla categoria e/o con la qualifica indicata in Polizza (mod. 220339), ed è prestata per ciascuna persona per le garanzie e per le somme ivi indicate.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga a esibire in qualsiasi momento insieme a ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

In mancanza di registri, la cui tenuta è strettamente disciplinata da norme di legge, il Contraente è tenuto a fornire i nominativi degli Assicurati alla stipula: eventuali successive modifiche degli stessi dovranno essere tempestivamente comunicate alla Società per prendere atto della variazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui le persone assicurate fossero affette al momento della stipulazione della polizza o che in seguito dovessero sopravvenire. Tali persone, però, dovranno essere comunque in condizioni di assicurabilità a norma dell'Art. 19 - Persone non assicurabili.

Resta fermo che in caso di infortunio e/o di malattia che abbiano colpito un organo o un arto già minorato, l'indennizzo dovuto secondo le percentuali previste dalle Condizioni di Assicurazione verrà diminuito in maniera corrispondente alle infermità, ai difetti fisici e alle mutilazioni già preesistenti.

La copertura e/o le esclusioni dalla copertura decorreranno dalle ore 24.00 della data di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro indicata nei suddetti libri.

LE GARANZIE INFORTUNI

Le Garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui in Polizza (mod. 220339) siano indicate le relative somme

ART. 23 - MORTE E MORTE PRESUNTA

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato in parti uguali, salvo diversa designazione.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore – e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso di Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta comunque inteso che, ove risulti che l'Assicurato è vivo, o che comunque la morte non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata; solo a restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 24 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza.

Il grado di invalidità permanente va accertato facendo riferimento ai criteri di seguito elencati e alla tabella di cui all'allegato n. 1 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 successive modifiche e integrazioni), ferma comunque restando l'applicazione delle franchigie indicate all'Art. 58 – Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie.

Criteri

Per la valutazione delle menomazioni visive ed auditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla tabella suindicata vengono ridotte in proporzione alla effettiva funzionalità perduta.

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, l'accertamento dell'invalidità permanente è stabilito, considerando i valori ed i criteri utilizzati per i casi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo assoluto del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra richiamate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata previa presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi testamentari o legittimi l'importo liquidato o comunque offerto.

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

ART. 25 – ERNIE

A maggior precisazione di quanto previsto all'Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione, lettera h), limitatamente alle ernie traumatiche o da sforzo, si conviene che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio Medico come riportato nell'Art. 64 - Controversie: arbitrato irrituale.

ART. 26 – MALATTIE TROPICALI – MALARIA

A parziale deroga dell'Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione, lettera c), limitatamente alle sole garanzie Morte e/o Invalidità Permanente (qualora operanti), la garanzia è estesa alle malattie tropicali, previste dalle disposizioni di legge in materia, fino a concorrenza delle somme assicurate e con il massimo di euro 150.000,00 per sinistro.

La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che non si darà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente derivante da malattie tropicali quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente, senza tener conto di quanto previsto all'Art. 58 – Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie.

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia preventivamente sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi del paese in cui si è recato. In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 64 - Controversie: arbitrato irrituale.

ART. 27 – RISCHIO VOLO

A parziale deroga dell'Art. 50 - Esclusioni, lett. d), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

In caso di incidente aeronautico e/o atti di terrorismo aereo, sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi al di fuori dell'aeromobile durante atti compiuti per solidarietà umana e/o per salvaguardia della propria integrità fisica.

ART. 28 – RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga dell'Art. 50 - Esclusioni, lett. m), limitatamente alle sole garanzie Morte e/o Invalidità Permanente (qualora operanti), sono compresi gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

La presente prestazione opera fino a concorrenza del 20% delle somme assicurate per Morte e/o Invalidità Permanente con il massimo di euro 100.000,00 per sinistro.

ART. 29 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'Art. 50 - Esclusioni, lett. n), sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino – e derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto.

ART. 30 – SPESE DI SOCCORSO

In caso di infortunio dell'Assicurato, la Società rimborsa le spese resesi necessarie per il suo trasporto dal luogo dell'infortunio a quello di cura (ospedale, clinica, ambulatorio) a mezzo di autoambulanza, di aereo od elicottero.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure ultimate.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per la garanzia Invalidità Permanente.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 1.000,00 per sinistro.

ART. 31 - DANNI ESTETICI

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comporti indennizzi a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà le spese sostenute e documentate dall'Assicurato entro 365 giorni dall'infortunio stesso per le cure e le applicazioni nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per la garanzia Invalidità Permanente.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 2.500,00 per sinistro.

GARANZIE FACOLTATIVE

Le garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui siano richiamate in Polizza (mod. 250236).

ART. 32 - GARANZIA FACOLTATIVA A - INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società liquida l'importo dell'indennità giornaliera assicurata indicata in polizza:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

ART. 33 - GARANZIA FACOLTATIVA B - RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

In conseguenza di infortunio e fino a concorrenza del massimale assicurato, la Società rimborsa:

- A. le spese sostenute entro 365 giorni dall'infortunio:
 - a) per accertamenti diagnostici, compresi onorari dei medici;
 - b) per assistenza medica ed esami;
 - c) per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
 - d) per protesi dentaria necessitata dalla perdita cruenta di uno o più denti, escluso il rifacimento di protesi preesistenti, fino a concorrenza di un importo non superiore al 15% del massimale assicurato;
 - e) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure in genere (anche termali), sempre che riconosciute alla medicina ufficiale e che utilizzano, quindi, metodiche conformi alla medicina scientifica, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, fino a concorrenza di un importo non superiore al 25% del massimale assicurato;
- B. le spese sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero entro 365 giorni dall'infortunio:
 - a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - b) per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
 - c) per rette di degenza.

Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni conseguenti ad infortunio.

La garanzia Rimborso spese di cura viene prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 10% delle spese con il minimo di Euro 150,00.

ART. 34 - GARANZIA FACOLTATIVA C - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

La Società, nei casi di:

- ricovero reso necessario da infortunio;
- day hospital o day surgery, reso necessario da infortunio;

corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza per ciascun giorno di ricovero (o di day hospital / day surgery), compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- intervento chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
- accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive;

l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno.

ART. 35 - GARANZIA FACOLTATIVA D - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA

La Società, nel caso di gessatura, conseguente ad infortunio, con o senza ricovero, indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza, per ciascun giorno di gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa, per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro.

Si conviene che, in caso di:

- immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 60 giorni per sinistro;

e che, in caso di:

- immobilizzazione delle dita, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 20 giorni per sinistro.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia, l'indennità verrà corrisposta, purché l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico, per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti comunque non superiori a 20 giorni per le dita e 60 giorni in tutti gli altri casi.

L'indennità giornaliera da gessatura non è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero, salvo il diritto dell'Assicurato di percepire l'indennità di durata maggiore tra le due.

ART. 36 - GARANZIA FACOLTATIVA E - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, in caso di malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza una invalidità permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione, corrisponde l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di valutazione e di indennizzabilità di seguito specificati.

Fermo quanto previsto all'Art. 5 - Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie, all'Art. 21 - Assicurazione in forma nominativa e all'Art. 6 - Regolazione premio, la presente garanzia decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

L'accertamento avviene tramite visita medico-legale che viene effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di denuncia della malattia.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 C.C.).

Le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'invalidità permanente da malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	5	46	46
26	8	47	47
27	11	48	48
28	14	49	49
29	17	50	50
30	20	51	51
31	23	52	52
32	26	53	53
33	29	54	54
34	32	55	55
35	35	56	59
36	36	57	63
37	37	58	67
38	38	59	71
39	39	60	75
40	40	61	79
41	41	62	83
42	42	63	87
43	43	64	91
44	44	65	95
45	45	oltre 65	100

ART. 37 - GARANZIA FACOLTATIVA F - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO PER MALATTIA

La Società, nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia, parto o aborto terapeutico;
- day hospital o day surgery, reso necessario da malattia, parto o aborto terapeutico;

corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza per ciascun giorno di ricovero (o di day hospital / day surgery), compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- intervento chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
- accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive;

l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno.

La presente garanzia decorre:

- **per le malattie**

dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'art. 5, con riferimento alle malattie insorte in corso di contratto;

- **per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula**

dal 180° giorno successivo.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da essa previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

**CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA INFORTUNI
CONDIZIONI FACOLTATIVE****ART. 38 - A - PERSONALE DIRIGENTE**

Limitatamente agli assicurati alle dipendenze del Contraente con qualifica di Dirigente, per i quali esiste l'obbligo di copertura in base a quanto stabilito dal C.C.N.L., da accordo integrativo o da regolamento aziendale in vigore al momento di stipula della presente polizza, a parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione, resta convenuto tra le parti quanto segue:

- 1) per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla Legge Infortuni sul Lavoro di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 T.U. e successive modifiche e integrazioni;
- 2) per il caso di invalidità permanente, si adottano le percentuali indicate nella tabella di cui all'Allegato 1 del decreto di cui al comma precedente senza applicazione di alcuna franchigia;
- 3) quando, in conseguenza di infortunio, l'attitudine dei Dirigenti assicurati venga ridotta in misura tale che non sia più obiettivamente possibile la prosecuzione dell'attività di Dirigente in genere e quindi del rapporto di lavoro con il Contraente, l'indennità per Invalidità Permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in Polizza per il caso di Invalidità Permanente, fermo quanto previsto nell'Art. 24 - Invalidità permanente.

L'assicurazione si intende inoltre estesa:

- 4) alle **malattie professionali** che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente dalla Legge Infortuni sul Lavoro di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 T.U. e successive modifiche e integrazioni, e **che producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%.**
Rimane ferma l'esclusione prevista all'Art. 50 - Esclusioni, lett. p).
Agli effetti di tale estensione, il Contraente dichiara che i Dirigenti da assicurare non presentano alcuna manifestazione morbosa che possano farli ritenere affetti da qualsiasi delle malattie professionali, mentre si impegna, nel caso di inclusione in garanzia di altre persone, a ragguagliare preventivamente la Società sulle condizioni dei singoli.
Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno "malattie professionali" viene fissato in 2 anni dal giorno della denuncia della malattia.
Si intendono confermati, agli effetti della presente estensione di garanzia, i precedenti punti 2) e 3).
- 5) agli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere.

In relazione al D.Lgs. n. 38/2000 (estensione ai Dirigenti dell'obbligo di iscrizione all'INAIL), in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, si stabilisce:

- a) la riduzione dell'indennizzo, dovuto al dirigente o ai suoi aventi causa sulla base dei massimali come sopra indicati, in misura corrispondente alla prestazione in capitale o in rendita capitalizzata riconosciuta dall'INAIL all'Assicurato a titolo di invalidità permanente ovvero, in caso di morte, alla prestazione in rendita capitalizzata riconosciuta dallo stesso Ente agli aventi causa dell'assicurato;
- b) la subordinazione del diritto all'indennizzo, alla preventiva comunicazione, da parte del dirigente o dei suoi aventi causa, dell'importo della prestazione liquidata dall'INAIL;
- c) la natura vincolante per la Società di assicurazione dell'accertamento della malattia professionale effettuato dall'INAIL o dal giudice, ferma restando, in quest'ultimo caso, la necessaria informativa da parte del dirigente al fine di consentire la partecipazione al processo della Società;
- d) l'erogazione dell'intero capitale assicurato qualora, in caso di infortunio, l'INAIL ne contesti il collegamento con il rapporto di lavoro; il dirigente, su richiesta della Società e con ogni onere, ivi compresa la scelta del difensore, a carico della stessa, avrà l'obbligo di proporre causa all'INAIL. In caso di esito favorevole, il dirigente dovrà restituire alla Società la somma che la predetta avrà versato in eccedenza rispetto alla previsione di cui alla precedente lett. a) del presente comma.

ART. 39 - B - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AL RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale solamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri:

- di linee aeree regolari autorizzate al servizio pubblico;
- eserciti da società che effettuano voli "charter";
- gestiti da Corrieri e aziende di trasporto aereo;
- di autorità militari o civili, in occasione di traffico civile;

- di trasporto a domanda (aerotaxi).

Sono in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri esercitati da aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

In caso di incidente aeronautico e/o atti di terrorismo aereo, sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi al di fuori dell'aeromobile durante atti compiuti per solidarietà umana e/o per salvaguardia della propria integrità fisica.

ART. 40 - C - FORMA DI COPERTURA PROFESSIONALE

Se in Polizza (mod. 220339) è richiamata la presente garanzia, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza (mod. 220339), compresi gli infortuni in itinere.

ART. 41 - D - FORMA DI COPERTURA EXTRAPROFESSIONALE

Se in Polizza (mod. 220339) è richiamata la presente garanzia, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

ART. 42 - E - RISCHIO CARICA

Se in Polizza (mod. 220339) è richiamata la presente garanzia, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività professionale connessa con l'incarico a esso conferito, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da esso ricoperto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa.

SEZIONE RISCHI SPECIALI**CONDIZIONI SPECIALI**

Qualora l'assicurazione sia riferita a una delle collettività indicate di seguito, si intendono operanti le disposizioni sottostanti a integrazione e parziale deroga dei singoli articoli di riferimento:

ART. 43 - A - ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti delle persone che risultino iscritte nei registri dell'Associazione di volontariato indicata in Polizza (mod. 220339), ed è valida sia che esse prestino la loro opera direttamente per il raggiungimento dei fini istituzionali, sia che svolgano attività di tipo amministrativo o organizzativo a supporto dell'attività istituzionale.

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni connessi allo svolgimento delle attività istituzionali dell'Associazione indicata in Polizza (mod. 220339).

Inoltre, sono compresi in garanzia gli infortuni che l'Assicurato, per conto dell'Associazione di cui sopra, subisca:

- durante la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento, riunioni e assemblee associative e/o di rappresentanza.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborso spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 15%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 37 - Indennità giornaliera da ricovero per malattia, l'indennità giornaliera da ricovero deve intendersi operante esclusivamente per le malattie infettive contratte per contagio durante lo svolgimento delle attività di volontariato e delle attività amministrative o organizzative di supporto all'attività stessa, svolte per conto dell'Associazione di appartenenza.

Si conviene, inoltre, che la garanzia decorre dalle ore 24 dell'11° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione e che l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero e di 120 giorni per ogni annualità assicurativa.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

ART. 44 - B - SCUOLE (ESCLUSE UNIVERSITÀ)

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti di:

- alunni,
- personale didattico,
- personale scolastico non docente,
- operatori scolastici,

dell'Istituto scolastico indicato in polizza (mod. 220339) e si intende automaticamente estesa a:

- docenti e familiari partecipanti alle gite/uscite organizzate autorizzate dall'Istituto scolastico;
- familiari che svolgono volontariamente attività pratiche all'interno dell'Istituto scolastico;
- personale in quiescenza che svolge attività all'interno dell'Istituto scolastico (secondo quanto stabilito dalla CM n° 127 del 14/4/94 e sue successive modifiche e integrazioni).

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni:

- connessi allo svolgimento di attività scolastiche, parascolastiche ed extrascolastiche organizzate dall'Istituto scolastico indicato in polizza (mod. 220339), sia all'interno che all'esterno, comprese le gite educative e ricreative, gli stage, le attività ginnico-sportive, effettuate in qualunque orario ed in qualunque giorno, tutte purché autorizzate dal Consiglio di Circolo e/o dal Direttore/Preside;
- avvenuti durante il tragitto dall'abitazione alla scuola e viceversa, anche con uso di veicoli, esclusi quadricicli, ciclomotori e motocicli, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio delle lezioni e un'ora dopo il termine delle stesse.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborso spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 15%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00 .

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

ART. 45 - C - TORNEI SPORTIVI DI CALCIO, CALCETTO, PALLACANESTRO, PALLAVOLO
La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti degli iscritti al torneo indicato in Polizza (mod. 220339) che praticano l'attività sportiva, oggetto del torneo, a livello amatoriale/ricreativo e non con carattere di professionalità.

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli assicurati durante lo svolgimento delle partite del torneo che si svolge nel luogo, nelle date e secondo il programma indicati in Polizza (mod. 220339).

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborsare spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 20%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

La presente assicurazione è stipulata per la durata del torneo indicato in polizza (mod. 220339), senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza.

ART. 46 - D - MANIFESTAZIONI, SAGRE, FIERE

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti delle persone addette alle mansioni indicate in Polizza (mod. 220339), nell'ambito della manifestazione, sagra o fiera ivi specificata.

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli Assicurati durante lo svolgimento delle mansioni indicate in Polizza (mod. 220339), nell'ambito della manifestazione, sagra o fiera ivi specificata.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborsare spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 15%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

La presente assicurazione è stipulata per la durata della manifestazione, sagra o fiera indicata in polizza (mod. 220339), senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza.

ART. 47 - E - COLONIE, CENTRI ESTIVI, GR. EST., CAMPUS, CAMPI SCUOLA

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti degli iscritti e del personale addetto a vario titolo alla colonia, al centro estivo, al gr.est., al campus, al campo scuola indicati in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi, all'interno della colonia, del centro estivo, del gr.est., del campus, del campo scuola indicati in Polizza (mod. 220339):

- agli iscritti, durante la permanenza e la partecipazione alle attività (comprese le attività sportive praticate a livello amatoriale e/o ricreativo e non agonistico);
- al personale, durante lo svolgimento delle mansioni cui sono preposti.

Per i minori, la garanzia vale dal momento in cui vengono affidati dai genitori, o da chi per essi, al personale incaricato dal Contraente, fino al momento in cui vengono riaffidati alle persone di cui sopra.

La garanzia vale anche durante le gite e le escursioni compiute con i normali mezzi di trasporto collettivi, sempreché effettuate in forma collettiva e con la sorveglianza di persone a ciò espressamente preposte.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborso spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 15%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

La presente assicurazione è stipulata per la durata della colonia, del centro estivo, del grest., del campus, del campo scuola indicati in polizza (mod. 220339), senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza.

ART. 48 - F - VIAGGI COLLETTIVI

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti dei partecipanti al viaggio collettivo le cui specifiche sono indicate in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli assicurati:

- su mezzi di trasporto pubblico o privato (fermo restando quanto stabilito nell'Art. 27 - Rischio volo, qualora attivata la relativa garanzia) affittati appositamente per il viaggio collettivo le cui specifiche sono indicate in Polizza (mod. 220339);
- nelle località visitate durante il suddetto viaggio collettivo.

La garanzia vale dal momento in cui, nel luogo di ritrovo per la partenza, il partecipante sale sul mezzo di trasporto e termina nel momento in cui, a viaggio collettivo ultimato, ne discende o nel momento in cui, per qualsiasi motivo, il partecipante abbandoni la comitiva per interrompere il viaggio collettivo o per proseguirlo per conto proprio.

Sono esclusi gli infortuni occorsi durante il viaggio collettivo di cui sopra conseguenti alla pratica di qualsiasi attività sportiva.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborso spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 20%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00 .

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

La presente assicurazione è stipulata per la durata del viaggio collettivo indicato in polizza (mod. 220339), senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza.

ART. 49 - G - PALESTRE

La seguente condizione speciale si intende operante solo se espressamente richiamata in Polizza (mod. 220339).

L'assicurazione è prestata esclusivamente nei confronti dei frequentatori della palestra indicata in polizza, regolarmente iscritti e risultanti dai registri della palestra stessa.

L'assicurazione vale esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive svolte all'interno della palestra, con l'esclusione del pugilato e delle altre arti marziali da contatto.

In deroga a quanto previsto dall'art. 58 - Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente e relative franchigie, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 30%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 30% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 33 - Rimborso spese di cura, si conviene che la stessa è prestata previa detrazione, per singolo sinistro, di uno scoperto del 15%.

Qualora operante la garanzia richiamata all'Art. 34 - Indennità giornaliera da ricovero, si conviene che l'importo giornaliero assicurato verrà riconosciuto per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, a deroga dell'art. 8 - limite per evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 1.000.000,00 .

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

COSA NON E' ASSICURATO**ART. 50 - ESCLUSIONI RELATIVE ALLA SEZIONE INFORTUNI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni avvenuti durante:

- a) l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti o imbarcazioni a motore:
 - in pista o in percorsi di gara;
 - in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura.
- b) la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- c) la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- d) la guida o uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dal successivo Art. 27 - Rischio volo;
- e) la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale:
pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- f) competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
- g) partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
- h) il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- i) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- j) malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- k) assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- l) atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- m) movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dal successivo Art. 28 - Rischio calamità naturali;
- n) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, salvo quanto disposto dal successivo Art. 29 - Rischio Guerra;
- o) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- p) gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie diverse da quelle previste all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione, lettera h);
- q) le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 51 - ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie

- significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
 - c) le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - d) le malattie mentali, l'epilessia, le demenze, i disturbi della personalità e psichici in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
 - e) patologie correlate a infezione da HIV;
 - f) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
 - g) le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici;
 - h) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
 - i) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - j) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie sono operanti, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato);
 - k) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
 - l) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
 - m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
 - n) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale

ART. 52 - ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA MALATTIA

L'assicurazione non è operante:

- a) conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, tanto se sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave, quanto se dichiarati;
- c) l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- d) le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) le malattie mentali, l'epilessia, le demenze, i disturbi della personalità e psichici in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- f) patologie correlate a infezione da HIV;
- g) prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- h) aborto volontario non terapeutico;
- i) trattamenti dietologici, prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o

- stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);
- j) cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
 - l) conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche;
 - m) malattie conseguenti a guerre, insurrezioni, movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, svolgimento di operazioni militari all'estero;
 - n) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
 - o) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - p) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura.

La Società effettua il pagamento delle indennità dovute, a termini del presente articolo, a degenza ultimata su presentazione di copia della cartella clinica da cui risulti la natura e l'esito della malattia, le date di inizio e termine del ricovero.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 53 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente specificato, l'assicurazione è valida in tutto il mondo.

La valutazione e la liquidazione dei danni sono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta italiana.

L'Inabilità Temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

ART. 54 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni. Per le persone che nel corso del contratto raggiungano il 75° anno di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento dell'età indicata.

ART. 55 - LIMITE PER EVENTO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di Euro 5.000.000.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

ART. 56 - OBBLIGHI DI DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. 11 – Obblighi in caso di sinistro, la denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento in caso di infortunio, la diagnosi medica in caso di malattia, e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta.

Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro su richiesta della Società, gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 57 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 58 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVE FRANCHIGIE

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'Art. 24 – Invalidità permanente.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sulla somma assicurata fino a euro 150.000,00, nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 3% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 3% e non superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 3%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 20% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

Per l'eventuale somma assicurata eccedente euro 150.000,00, l'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato nel seguente modo:

- non sarà corrisposto alcun indennizzo in caso di Invalidità Permanente accertata di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5% e non superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente il 5%;
- se l'invalidità permanente accertata è di grado superiore al 20% e non superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 65% della totale, l'indennizzo viene liquidato al 100%.

ART. 59 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA E RELATIVE FRANCHIGIE

L'indennità per Inabilità Temporanea viene corrisposta per il periodo massimo di 365 giorni. Il periodo di Inabilità Temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

La liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata previa deduzione, dal periodo di inabilità temporanea, dei giorni di franchigia indicati in Polizza (mod. 250236).

ART. 60 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE DI CURA

Con riferimento alle garanzie di cui all'Art. 33 – Rimborso delle spese di cura da infortunio, il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali, delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide, debitamente quietanzate.

La Società, a richiesta, restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato e/o il Contraente abbiano presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART. 61 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento. Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 62 - ACCANTONAMENTO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 23 - Morte e Morte presunta (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

ART. 63 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società, a titolo di acconto, su richiesta del Contraente o dell'Assicurato, anticipa:

1. Fino a 1/3 del presumibile indennizzo in caso di:
 - a) Invalidità Permanente, stimata dalla Società superiore al 20% in base alla documentazione acquisita e sempre che siano decorsi almeno 150 giorni dalla data di presentazione della denuncia
2. l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:
 - a) Inabilità Temporanea totale ininterrotta di almeno 45 giorni;
 - b) Indennità Giornaliera per Ricovero di almeno 30 giorni;
 - c) Rimborso Spese di Cura.

L'anticipo di cui sopra verrà erogato solo qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività delle garanzie, entro 45 giorni dalla richiesta, ed una sola volta per sinistro.

ART. 64 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenze di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 57 - Criteri di indennizzabilità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere 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 verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 65 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

SEZIONE ASSISTENZA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

CHI E COSA E' ASSICURATO**ART. 66 - PREMESSA - SERVIZIO DI ASSISTENZA**

La gestione delle prestazioni di assistenza è stata affidata dalla Società a Europ Assistance Vai S.p.A, con sede legale in Milano, Via Crema n.34.

Per usufruire di dette prestazioni, indicate al successivo art. 68, il Contraente (o l'Assicurato) deve contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.713.974
- numero telefonico per chiamate dall'estero: +39.02.58.24.55.56
- fax: +39.02.58.47.72.02
- e-mail: prontassistenza.groupama@europassistance.it

indicando:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione.

In ogni caso, la Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare il servizio ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 67 - CHI È ASSICURATO

Sono assicurabili le piccole aziende ed alcune tipologie di rischi speciali (associazioni, scuole, manifestazioni e sagre, centri estivi, palestre ecc..) i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente. L'Assicurato o gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220339) con le garanzie rese operanti.

ART. 68 - COSA È ASSICURATO - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

La Società, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico delle persone assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

a) Medico on line

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con la Struttura Organizzativa, essere in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la Struttura Organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

b) Reperimento ed invio di un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc..)

Qualora l'Assicurato abbia urgente necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc..), potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.

c) Invio di un ambulanza

Qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, la Struttura Organizzativa giudicasse indispensabile una visita medica accurata e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto Soccorso, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La Struttura Organizzativa organizzerà anche il trasporto tra il primo ospedale e l'eventuale centro medico di riabilitazione e/o il rientro dell'Assicurato dall'ospedale al proprio domicilio in Italia. La decisione medicooperativa sarà a totale discrezione del responsabile medico della Struttura Organizzativa.

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio di Emergenza 118).

La Struttura Organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

d) Invio di un medico

Qualora l'Assicurato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede, dopo che il proprio medico ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un Pronto Soccorso.

La presente prestazione deve intendersi valida esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

e) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non possa disporre per motivi imprevisi di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, e gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti, la Struttura Organizzativa provvederà, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di detti medicinali. In ogni caso il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. La presente prestazione deve intendersi valida esclusivamente all'estero.

f) Trasporto sanitario

Nel caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione tra la Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture dell'istituto di cura dove trovasi l'Assicurato non fossero giudicate adeguate per risolvere la patologia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà a trasportare l'Assicurato presso il più vicino istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie.

Il trasporto verrà effettuato, secondo la gravità del caso e sotto sorveglianza medica, se necessario, tramite:

- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (1ª classe, wagon-lit, cuccetta);
- ambulanza.

La Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, potrà provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato ed a prenotare il ricovero dell'Assicurato.

Al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura Organizzativa provvederà al suo trasporto fino al domicilio.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 2.500,00 per sinistro limitatamente al trasporto da un luogo di cura ad un altro, e fino a concorrenza di euro 300,00 per sinistro limitatamente al trasporto dal luogo di cura al domicilio.

g) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente let. f), la Struttura Organizzativa, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

h) Interprete all'estero per problemi di salute

In caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai Paesi ove esistano propri corrispondenti, la Struttura Organizzativa organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo. La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

i) Rimpatrio della salma

La Struttura Organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da infortunio o malattia, provvederà a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso fino al luogo di inumazione in Italia, intendendosi compreso il costo di un feretro, di modello economico, che ne permetta il trasporto.

Devono intendersi escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia.

La Struttura Organizzativa organizza, sostenendone la spesa, il ritorno degli altri familiari assicurati od, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che le suddette persone non possano fare ritorno con i mezzi inizialmente previsti.

Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizzerà a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto di viaggio per recarsi dal suo domicilio in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni