



SALUTE

Groupama Protezione Infortuni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI, SALUTE 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

Groupama Assicurazioni S.p.A. è iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 ed è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela il tenore di vita della singola persona ed eventualmente il suo nucleo familiare in caso di Infortunio e Malattia.



Che cosa è assicurato?

SETTORE INFORTUNI

Garanzie base:

- ✓ **Invalidità permanente da Infortunio:** è riconosciuto un indennizzo in base alla somma assicurata e al grado di invalidità accertato. Sono previsti indennizzi aggiuntivi.
- ✓ **Morte:** in caso di morte (anche presunta) o stato vegetativo persistente per Infortunio è liquidato ai beneficiari il capitale assicurato. Sono previsti indennizzi aggiuntivi.
- ✓ **Rimborso spese di cura:** rimborso delle spese sostenute a seguito di Infortunio.
- ✓ **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio:** è assicurato un importo giornaliero per ogni giorno di Ricovero o Day Hospital/Day Surgery per Infortunio.

Garanzie opzionali:

- ✓ **Inabilità temporanea**
- ✓ **Gravi Ricoveri**
- ✓ **Rendita vitalizia da Infortunio**
- ✓ **Rimborso spese di cura per Danni Estetici**
- ✓ **Cure fisioterapiche da Infortunio**
- ✓ **Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio**
- ✓ **Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio**

SETTORE SALUTE

Garanzie base:

- ✓ **Invalidità permanente da Malattia:** è corrisposto un indennizzo in base alla somma assicurata e al grado di invalidità accertata per Malattia almeno pari al 25%.
- ✓ **Invalidità permanente da Ictus o Infarto:** è corrisposto un indennizzo in base alla somma assicurata e al grado di invalidità accertata almeno pari al 25%.
- ✓ **Grandi interventi chirurgici:** rimborso delle spese sostenute prima, durante e dopo il Ricovero per un Grande intervento chirurgico.
- ✓ **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia:** è assicurato un importo giornaliero per ogni giorno di Ricovero o Day Hospital/Day Surgery per Infortunio o Malattia.

Garanzie opzionali:

- ✓ **Rendita vitalizia da Malattia**
- ✓ **Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia**
- ✓ **Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia**

SETTORE TUTELA LEGALE:

- ✓ **Tutela legale (garanzia opzionale)**

SETTORE ASSISTENZA:

- ✓ **Assistenza (garanzia opzionale)**



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le garanzie non acquistate.
- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, infermità mentali (Sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi).

Di seguito alcuni dei principali rischi esclusi.

SETTORE INFORTUNI

- ✗ Infortuni conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo
- ✗ Infortuni causati da: autolesionismo o ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive rischiose o agonistiche
- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio
- ✗ Invalidità da Infortunio manifestatesi oltre 2 anni dalla cessazione dell'assicurazione

SETTORE SALUTE

- ✗ Le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula
- ✗ Malattie mentali e disturbi psichici
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza
- ✗ Cure per infertilità, sterilità
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale
- ✗ Cure odontoiatriche
- ✗ Invalidità da Malattia manifestatesi oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per alcune garanzie è previsto un periodo di carenza.
- ! Su alcune prestazioni sono previsti dei limiti temporali.
- ! Non è riconosciuto indennizzo quando l'Invalidità permanente da Infortunio accertata è di grado pari o inferiore alla franchigia contrattualmente stabilita.
- ! La copertura è estesa a terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni con il limite del 20% delle somme assicurate per Morte e/o Invalidità permanente da Infortunio e con il massimo di € 100.000 per Sinistro.
- ! La copertura Infortuni è estesa al rischio guerra che dovesse sorprendere l'Assicurato all'estero con il limite di 14 giorni.
- ! Non è riconosciuto indennizzo per Invalidità permanente da Malattia, Ictus o Infarto se accertata di grado pari o inferiore al 25%.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Per l'operatività delle garanzie, è considerata valida solo la valutazione dell'Invalidità permanente effettuata in Italia. L'Inabilità temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile solo per il periodo di Ricovero ospedaliero: questo limite termina a partire dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

Limitatamente alla garanzia di Tutela legale le prestazioni "Danni subiti", "Danni subiti a seguito di Ricovero", "Danni subiti derivanti da Intervento Chirurgico" sono garantite nei paesi UE, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e Liechtenstein. Le prestazioni "Istituti previdenziali/assistenziali" previste dalla Garanzia Tutela Legale sono garantite in Italia, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni fornite dal Contraente e dagli Assicurati devono essere veritiere, esatte e complete e devono riguardare anche eventuali infortuni o patologie dichiarati in precedenza e/o oggetto di precedenti indennizzi da parte di Groupama Assicurazioni S.p.A. Nel corso del contratto devono essere comunicati eventuali cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato (es. variazione della residenza, della professione). Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Il premio può essere frazionato in rate semestrali, trimestrali e mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3% e del 4% sia per il frazionamento trimestrale che per quello mensile. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite.

Il premio può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge, autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). Il premio è comprensivo d'imposte.

Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza.



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, ferme le Scadenze Massime delle singole garanzie non prorogabili anche in caso di tacito rinnovo dell'Assicurazione a periodo successivo.

Per alcune garanzie è previsto un periodo di carenza, successivo alla data di effetto, durante il quale le stesse garanzie non sono operative o lo sono parzialmente.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Se il Contraente non paga entro 90 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, i Termini di Carenza decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Trascorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia pagato la rata arretrata il contratto è risolto.



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo il Contraente può disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. Se non pattuito il tacito rinnovo il contratto cessa, senza obbligo di disdetta, alla scadenza indicata in polizza.

Assicurazione Infortuni

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



Groupama
Assicurazioni

Prodotto: Groupama Protezione Infortuni

Data: 07/2026 Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Società 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. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. 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.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 650,5 milioni di euro e il risultato economico dell'esercizio è pari a 21,4 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 270,39%.

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-ecomici>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Le coperture assicurative sono attive se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.

L'ampiezza dell'impegno di Groupama Assicurazioni S.p.A. è rapportato ai massimali, alle somme assicurate e ai limiti di indennizzo e scoperti indicati in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione e concordate con il contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

- **OPZIONE Q - Franchigia e supervalutazione della invalidità permanente da Ictus o Infarto:** per la garanzia Invalidità Permanente da Ictus o Infarto non è previsto alcun indennizzo se l'invalidità accertata è inferiore al 60%. Se è pari o superiore al 60%, viene riconosciuto il 100% dell'indennizzo.
- **OPZIONE III - Franchigia del 5% sull'Invalidità permanente da Infortunio per somme assicurate fino a € 400.000 con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%.**
- **OPZIONE IV- Franchigia del 10% sull'Invalidità permanente da Infortunio per somme assicurate fino a € 800.000 con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%.**
- **OPZIONE V- Franchigia del 20% sull'Invalidità permanente da Infortunio con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%.**
- **ABOLIZIONE INDENNITA' SOSTITUTIVA** - L'opzione esclude il riconoscimento dell'indennità sostitutiva prevista dalla garanzia Grandi Interventi Chirurgici.
- **MASSIMALE PER NUCLEO** - Il massimale di € 300.000 per la garanzia **Grandi Interventi Chirurgici** è unico per anno assicurativo e valido per tutte le persone indicate in Polizza che hanno attiva tale garanzia.
- **APPLICAZIONE DELLO SCOPERTO IN STRUTTURE CONVENZIONATE** - Lo scoperto previsto in caso di Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici si applica anche se si utilizzano strutture o medici convenzionati.
- **ESCLUSIONE DELLE PRESTAZIONI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO** - Le prestazioni delle garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia e Indennità Giornaliera da Convalescenza post ricovero da Infortunio e Malattia, non sono riconosciute per Ricovero, Day Hospital, Day Surgery e Intervento Chirurgico ambulatoriale dovuti a infortunio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

- **OPZIONE A- Tabella di legge per Invalidità permanente da Infortunio:** la tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente prevista in Polizza si intende sostituita da quella dell'INAIL.
- **OPZIONE B- Assorbimento franchigia su Invalidità permanente da Infortunio:** ridotta dal 30% al 10% il grado di Invalidità Permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia per tutte le fasce di somma assicurata.
- **OPZIONE C - Sopravvalutazione valori di liquidazione oltre 20% e supervalutazione oltre 66%:** la liquidazione dell'Invalidità

permanente da Infortunio accertata di grado pari o superiore al 20% è determinata secondo le percentuali riportate in una specifica tabella.

- **OPZIONE D - Sopravalutazione valori di liquidazione oltre 30% e supervalutazione oltre 65%:** la liquidazione dell'Invalidità permanente da Infortunio accertata è determinata secondo le percentuali riportate in un'apposita tabella.

- **OPZIONE E - Invalidità permanente modulare da Infortunio:** la liquidazione dell'Invalidità permanente da Infortunio accertata è determinata secondo le percentuali riportate in un'apposita tabella che è funzione della somma assicurata.

- **OPZIONE F - Tabella di supervalutazione arti superiori:** le percentuali di Invalidità permanente da Infortunio sono supervalutate e sostituiscono quelle di base.

- **OPZIONE G - Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce:** le percentuali di Invalidità permanente da Infortunio sono supervalutate e sostituiscono quelle di base.

- **OPZIONE H - Alpinismo con scalata di oltre il 3° grado della scala UIAA:** la copertura è estesa per le garanzie Morte e Invalidità permanente da Infortunio per gli Infortuni durante la pratica di alpinismo con scalata oltre il 3° grado della scala UIAA con il massimo di € 300.000. Per la garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000.

- **OPZIONE I - Immersione subacquea con autorespiratore:** la copertura è estesa per le garanzie Morte e Invalidità permanente da Infortunio per gli Infortuni durante la pratica di immersione subacquea con autorespiratore con il massimo di € 300.000. Per la garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000.

- **OPZIONE L - Speleologia:** la copertura è estesa per la garanzia Invalidità permanente da Infortunio per gli infortuni durante la pratica della speleologia con il massimo di € 300.000. Per la garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000.

- **OPZIONE M - Pugilato, arti marziali o lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salto dal trampolino con idrosci, rugby, football americano, free-climbing, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremo:** la copertura è estesa per la garanzia Rimborso spese di cura, e, con il limite di 300.000 €, per Morte e Invalidità permanente da Infortunio per gli Infortuni durante la pratica di tali sport con le seguenti limitazioni: l'Indennizzo per Invalidità permanente da infortunio è ridotto del 30%; la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio è calcolata sulla base delle percentuali di invalidità da tabella ANIA senza tenere conto della tabella di Invalidità attiva sul contratto; il rimborso delle spese di cura è effettuato previa detrazione di uno scoperto del 30% e la somma massima assicurabile è di € 15.000.

- **OPZIONE N - Inabilità temporanea integrale:** la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata integralmente anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

- **OPZIONE O - Sopravalutazione dell'inabilità temporanea:** l'indennizzo per Inabilità Temporanea è riconosciuto dal 30° giorno dopo il sinistro. In dettaglio, dal 61° al 150° giorno l'importo assicurato aumenta del 50%, dal 151° giorno in poi l'aumento è del 100%.

- **OPZIONE P - Infortuni legati alla circolazione:** in caso di Infortunio durante l'uso o la guida di autovetture, motocicli o ciclomotori, l'Indennizzo in caso di morte da Infortunio è aumentato del 25% con il massimo di € 150.000.

- **OPZIONE BASE PLUS - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia ridotta per somme assicurate fino a € 400.000.**

- **OPZIONE I - Invalidità permanente da Infortunio con franchigia ridotta o senza franchigia sul primo scaglione.**

- **OPZIONE II - Invalidità permanente da Infortunio con franchigia ridotta o senza franchigia sul primo scaglione e franchigie ridotte sugli scaglioni successivi**



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

La polizza prevede per ciascun settore di garanzia delle esclusioni specifiche. Di seguito alcuni esempi.

SETTORE INFORTUNI

Le garanzie del settore Infortuni non operano se questo è avvenuto durante 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 UIAA o di grado equivalente, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard acrobatico, sci o snowboard estremo (intesi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti, non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita), bob, snowkite, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera (free solo e free climbing), salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere, base jumping, downhill, parkour, regate veliche in mare diverso dal Mediterraneo.

SETTORE SALUTE

Le garanzie del settore Salute non operano per: le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici; le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia.

SETTORE ASSISTENZA

Sono escluse: le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Società di gestione di servizi di Assistenza; le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti; i Sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

SETTORE TUTELA LEGALE

Sono esclusi i sinistri relativi a: diritto di famiglia, successioni o donazioni; materia fiscale o amministrativa; proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche.



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto di assicurazione prevede i massimali di copertura e scoperti riportati nella seguente tabella.

Invalità permanente da infortunio	1.000.000 €
Morte	1.000.000 €
Rimborso spese di cura	35.000 €
Indennità giornaliera da Ricovero da infortunio	250 €
Indennità giornaliera da Convalescenza da infortunio	250 €
Indennità giornaliera da Gessatura da infortunio	250 €
Inabilità temporanea	100 €
Gravi ricoveri	3.000 €
Rimborso spese di cura per danni estetici	10.000 €
Cure fisioterapiche da Infortunio	1.000 €
Rendita vitalizia da Infortunio	1.550 € (per rata mensile)
Invalità permanente da Malattia	500.000 €
Grandi Interventi Chirurgici	300.000 €, con scoperto del 20% (massimo di € 10.000) in strutture/medici non convenzionati
Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia	200 €
Invalità permanente da Ictus o Infarto	500.000 €
Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia	200 €
Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia	200 €
Rendita Vitalizia da Malattia	1.550 € (per rata mensile)
Tutela legale	10.000 €



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre copertura assicurativa a singoli e famiglie contro le conseguenze economiche di infortuni e malattie, sia sul lavoro che nel tempo libero. Anche le società possono sottoscriverla per i soci (esclusi i dipendenti), con estensione alla loro famiglia.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 24%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami 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 La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 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:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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). Il tentativo di mediazione è obbligatorio ed è condizione di procedibilità.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'Arbitrato può essere attivato, ove previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per la risoluzione di controversie circa la quantificazione del danno, da un arbitro designato dalle parti o, in mancanza di accordo, da un soggetto terzo. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Regime fiscale:</u> il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. <u>Detrazione fiscale premi:</u> sono detraibili i premi delle garanzie morte ed invalidità permanente non inferiore al 5%, in base alla normativa fiscale in vigore. <u>Tassazione prestazione assicurata:</u> le somme corrisposte in dipendenza di contratti che coprono il rischio di morte o invalidità permanente sono esenti da Irpef.
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Il cliente, precedentemente affetto da patologie oncologiche, il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagini (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.groupama.it/diritto-oblio-oncologico/.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. La Compagnia ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 (RICHIESTA DI MODIFICHE ANAGRAFICHE, PAGAMENTI, DENUNCIA SINISTRI).



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

Groupama Protezione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

AREA CLIENTI

L'**Area Clienti (Home Insurance)** è lo spazio personale dove trovi informazioni sulle tue **polizze** e i relativi **sinistri** e puoi usufruire di tanti **servizi** pensati per agevolarti nella gestione del contratto, comodamente da casa tua.

Registrarsi è facile!

Inserisci i tuoi dati ed il numero di polizza e segui le istruzioni.

Entra in **Area Clienti** per



visualizzare e gestire le tue **polizze**



verificare lo stato dei **pagamenti** e pagare i premi successivi al primo



denunciare un **sinistro** e monitorarne lo stato



scaricare l'**attestato di rischio**



trovare i **numeri dell'assistenza** e le **strutture convenzionate**

...accedere a **tanti servizi assicurativi** a te dedicati

Entra in **Area Clienti** da <https://www.groupama.it/area-clienti/>

o

scarica la APP **MyGroupama** per accedere alla tua **Area Clienti** ovunque tu sia!



NUMERI UTILI

Europ Assistance Service S.p.A.

800.713.974

My Assistance S.r.l.

800.303.007



Groupama
Assicurazioni

PREMESSA	7
GLOSSARIO	10
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	19
Art. 1 Durata e scadenza dell'assicurazione	19
Art. 2 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	19
Art. 3 Adeguamento automatico delle somme assicurate e dei Premi	20
Art. 4 Adeguamento del premio in base all'età dell'Assicurato	20
Art. 5 Revisione tecnica del Premio	23
Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	23
Art. 7 Aggravamento del Rischio	24
Art. 8 Diminuzione del Rischio	24
Art. 9 Altre assicurazioni	25
Art. 10 Modifiche dell'Assicurazione	25
Art. 11 Obblighi in caso di Sinistro	25
Art. 12 Assicurazione per conto proprio o di chi spetta	25
Art. 13 Bonus in assenza di Sinistri	25
Art. 14 Estensione territoriale	26
Art. 15 Rinuncia al diritto di Rivalsa	26
Art. 16 Foro competente	26
Art. 17 Oneri fiscali	26
Art. 18 Rinvio alle norme di legge	26
Art. 19 Prescrizione	26
SETTORE INFORTUNI	27
CHI E COSA È ASSICURATO	27
Art. 20 Chi è assicurato	27
Art. 21 Persone non assicurabili	27
Art. 22 Cosa è assicurato	27
Art. 23 Forme di copertura	28
LE GARANZIE INFORTUNI	28
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	28
Art. 24 Invalidità permanente da Infortunio	28
ESTENSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	31
Art. 25 Ernie	31
Art. 26 Invalidità permanente da Infortunio gratuita a favore di figli minori di cinque anni	31
Art. 27 Adattamento dell'abitazione	31
Art. 28 Adattamento dell'autovettura	31
Art. 29 Rottura sottocutanea di tendini	31
Art. 30 Supporto psicologico	32
Art. 31 Stato comatoso	32
OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	32
Art. 32 OPZIONE A – Tabella di legge per Invalidità permanente da Infortunio	32
Art. 33 OPZIONE B – Assorbimento Franchigia su Invalidità permanente da Infortunio	32
Art. 34 OPZIONE C – Sopravalutazione valori di liquidazione oltre 20% e supervalutazione oltre 66%	32

Art. 35	OPZIONE D - Sopravvalutazione valori di liquidazione oltre 30% e supervalutazione oltre 65%	32
Art. 36	OPZIONE E - Invalidità permanente da Infortunio modulare	33
Art. 37	OPZIONE F - Tabella di supervalutazione arti superiori	33
Art. 38	OPZIONE G - Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce	33
Art. 39	OPZIONE BASE PLUS - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia ridotta per somme assicurate fino a 400.000 €	33
Art. 40	OPZIONE I - Invalidità permanente da infortunio con franchigia ridotta o senza franchigia sul primo scaglione	33
Art. 41	OPZIONE II - Invalidità permanente da infortunio con franchigia ridotta o senza franchigia sul primo scaglione e franchigie ridotte sugli scaglioni successivi	34
OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON RIDUZIONE DI PREMIO		34
Art. 42	OPZIONE III - Franchigia del 5% sull'Invalidità permanente da Infortunio per somme assicurate fino a 400.000 € con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%	34
Art. 43	OPZIONE IV - Franchigia del 10% sull'Invalidità permanente da Infortunio per somme assicurate fino a 800.000 € con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%	34
Art. 44	OPZIONE V - Franchigia del 20% sull'Invalidità permanente da Infortunio con supervalutazione per Invalidità pari o superiore al 50%.	34
GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		35
Art. 45	Rendita vitalizia da Infortunio	35
Art. 46	Gravi Ricoveri	35
MORTE		35
Art. 47	Morte	35
ESTENSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MORTE SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		36
Art. 48	Morte presunta	36
Art. 49	Commorienza coniugi da Infortunio	36
Art. 50	Morte a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro	36
Art. 51	Trasformazione del capitale caso morte in rendita	36
Art. 52	Spese funerarie	37
OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MORTE CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		37
Art. 53	OPZIONE P - Infortuni legati alla circolazione	37
ESTENSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		37
Art. 54	Stato vegetativo persistente	37
Art. 55	Rischio calamità naturali	37
Art. 56	Reinvestimento Indennizzo	38
GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		38
Art. 57	Inabilità temporanea	38

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	38
Art. 58 OPZIONE N – Inabilità temporanea integrale	38
Art. 59 OPZIONE O – Supervalutazione dell’Inabilità temporanea	38
RIMBORSO SPESE DI CURA	39
Art. 60 Rimborso spese di cura	39
GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	40
Art. 61 Rimborso spese di cura per danni estetici	40
Art. 62 Cure fisioterapiche da Infortunio	40
OPZIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE, INVALIDITÀ PERMANENTE E RIMBORSO SPESE DI CURA	41
Art. 63 OPZIONE H – Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala UIAA	41
Art. 64 OPZIONE I – Immersione subacquea con autorespiratore	41
Art. 65 OPZIONE L – Speleologia	41
Art. 66 OPZIONE M – Pugilato, arti marziali o lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salto dal trampolino con sci o idrosci, rugby, football americano, free-climbing, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremo	41
GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO	42
Art. 67 Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio	42
GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	43
Art. 68 Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio	43
Art. 69 Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio	43
ESTENSIONI RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE DEL SETTORE INFORTUNI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	44
Art. 70 Rischio volo	44
Art. 71 Rischi sportivi con particolari limitazioni	44
Art. 72 Rischio guerra	44
Art. 73 Spese di soccorso	44
Art. 74 Danni Estetici	45
Art. 75 Perdita anno scolastico	45
Art. 76 Collaboratrice/Collaboratore familiare	45
COSA NON È ASSICURATO	46
Art. 77 Esclusioni	46
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	47
Art. 78 Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Infortuni	47
Art. 79 Denuncia del Sinistro – obblighi del Contraente e/o dell’Assicurato	47
Art. 80 Criteri di Indennizzabilità	48
Art. 81 Criteri di liquidazione Invalidità permanente da Infortunio	48
Art. 82 Criteri di liquidazione dell’Inabilità temporanea e relative franchigie	48

Art. 83	Criteri di liquidazione del rimborso spese di cura e cure fisioterapiche da infortunio	48
Art. 84	Criteri di liquidazione rimborso spese di cura per danni estetici	48
Art. 85	Attività diverse da quella dichiarata	49
Art. 86	Controversie: arbitrato irrituale	49
Art. 87	Anticipo sull'Indennizzo	50
Art. 88	Pagamento dell'Indennizzo	50
SETTORE SALUTE		51
CHI E COSA È ASSICURATO		51
Art. 89	Chi è assicurato	51
Art. 90	Persone non assicurabili	51
Art. 91	Cosa è assicurato	51
LE GARANZIE MALATTIA		51
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		51
Art. 92	Invalidità permanente da Malattia	51
GARANZIA OPZIONALE RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		53
Art. 93	Rendita vitalizia da Malattia	53
INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO		53
Art. 94	Invalidità permanente da Ictus o Infarto	53
OPZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO CON RIDUZIONE DI PREMIO		54
Art. 95	OPZIONE Q - Franchigia e supervalutazione dell'Invalidità permanente da Ictus o Infarto	54
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI		55
Art. 96	Grandi interventi chirurgici	55
OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CON RIDUZIONE DI PREMIO		56
Art. 97	Abolizione indennità sostitutiva	56
Art. 98	Massimale per nucleo	56
Art. 99	Applicazione dello scoperto e della franchigia in strutture convenzionate	56
GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA		56
Art. 100	Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia	56
GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO		57
Art. 101	Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia	57
Art. 102	Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia	58

ESTENSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA, INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA, INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO E MALATTIA SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	59
Art. 103 Collaboratrice/Collaboratore familiare	59
OPZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO E INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA CON RIDUZIONE DI PREMIO	59
Art. 104 Esclusione delle prestazioni conseguenti ad infortunio	59
COME POSSO ASSICURARMI	59
Art. 105 Informazioni inerenti allo stato di salute	59
Art. 106 Termini di carenza	60
COSA NON È ASSICURATO	60
Art. 107 Esclusioni	60
Art. 108 Rischi assicurabili con patto speciale	62
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO MALATTIA	62
Art. 109 Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute	62
Art. 110 Denuncia del Sinistro – obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato	63
Art. 111 Criteri di liquidazione dell'Invalidità permanente da Malattia e Invalidità permanente da Ictus o Infarto	64
Art. 112 Criteri di liquidazione Grandi interventi chirurgici	64
Art. 113 Criteri di liquidazione delle Indennità giornaliere	66
Art. 114 Controversie: arbitrato irrituale	67
Art. 115 Pagamento dell'Indennizzo	67
SETTORE TUTELA LEGALE	68
CHI E COSA È ASSICURATO	68
Art. 116 Tutela Legale	68
Art. 117 Ambito delle prestazioni e soggetti assicurati	68
Art. 118 Oggetto del contratto di Assicurazione	68
COSA NON È ASSICURATO	69
Art. 119 Esclusioni	69
Art. 120 Limiti di esposizione della tutela legale	70
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE	70
Art. 121 Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del Settore Tutela Legale	70
Art. 122 Insorgenza del Sinistro	70
Art. 123 Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova	71
Art. 124 Gestione del Sinistro, scelta dell'avvocato e pagamento delle spese	71
Art. 125 Limitazione di responsabilità	71
Art. 126 Restituzione delle spese anticipate	72

SETTORE ASSISTENZA	73
CHI E COSA È ASSICURATO	73
Art. 127 Soggetti di riferimento per il servizio di Assistenza	73
Art. 128 Chi è assicurato	73
Art. 129 Cosa è assicurato - Prestazioni di Assistenza	73
COSA NON È ASSICURATO	76
Art. 130 Esclusioni	76
LIMITI DI COPERTURA	76
Art. 131 Limiti Territoriali	76
Art. 132 Limiti di esposizione	76
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	77
Art. 133 Richiesta di assistenza - Prescrizione	77
Art. 134 Limitazione di responsabilità della Struttura organizzativa	77
Art. 135 Comunicazioni e Variazioni	77
ALLEGATO 1 - ELENCO DELLA ATTIVITÀ PROFESSIONALI	78
ALLEGATO 2 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	84
ALLEGATO 3 - FRANCHIGIA BASE	87
ALLEGATO 4 - OPZIONE B	89
ALLEGATO 5 - OPZIONE C	91
ALLEGATO 6 - OPZIONE D	92
ALLEGATO 7 - OPZIONE E	93
ALLEGATO 8 - OPZIONE BASE PLUS	94
ALLEGATO 9 - OPZIONE I	96
ALLEGATO 10 - OPZIONE II	99
ALLEGATO 11 - OPZIONE III	102
ALLEGATO 12 - OPZIONE IV	104
ALLEGATO 13 - OPZIONE V	106

PREMESSA

Groupama Protezione Infortuni è un prodotto che consente di acquistare una o più garanzie dei quattro settori: **Infortuni, Salute, Tutela legale e Assistenza**.

Per attivare la Polizza è necessario acquistare almeno una tra le garanzie base.

Le garanzie base del settore Infortuni sono:

- **Invalidità permanente da Infortunio**
- **Morte**
- **Rimborso spese di cura**
- **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio**

Le garanzie base del settore Salute sono:

- **Invalidità permanente da Malattia**
- **Invalidità permanente da Ictus o Infarto**, alternativa alla garanzia Invalidità permanente da Malattia e attivabile solo se attivata la garanzia base del settore Infortuni Invalidità permanente da Infortunio
- **Grandi interventi chirurgici**
- **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia**, alternativa alla garanzia Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio

È possibile arricchire ulteriormente la copertura attivando una o più delle garanzie opzionali di seguito elencate.

Le garanzie opzionali del settore Infortuni sono:

- **Inabilità temporanea**, acquistabile se attiva la garanzia base Morte o Invalidità permanente
- **Gravi Ricoveri**, acquistabile se attivata la garanzia base Invalidità permanente da Infortunio
- **Rimborso spese di cura per danni estetici**, acquistabile se attiva la garanzia base Rimborso spese di cura
- **Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio**, acquistabile se attiva la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio
- **Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio**, acquistabile se attiva la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero da infortunio
- **Rendita vitalizia da Infortunio**, acquistabile se attiva la garanzia base Invalidità permanente da Infortunio
- **Cure fisioterapiche da Infortunio**, acquistabile se attiva la garanzia base Rimborso spese di cura

Le garanzie opzionali per il settore Salute sono:

- **Rendita vitalizia da Malattia**, acquistabile se attiva la garanzia base Invalidità permanente da Malattia
- **Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia**, acquistabile se attiva la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia
- **Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia**, acquistabile se attiva la garanzia base Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia

Qualunque siano le garanzie base attivate, è possibile acquistare le garanzie opzionali del settore:

- **Tutela legale**
- **Assistenza**

Nella seguente tabella sono schematizzate le regole secondo cui si possono combinare le differenti garanzie.

SETTORE	GARANZIE BASE (*)	GARANZIE OPZIONALI (**)
INFORTUNI	Invalidità permanente da Infortunio	• Inabilità temporanea • Gravi ricoveri • Rendita vitalizia da Infortunio
	Morte	• Inabilità temporanea
	Rimborso spese di cura	• Rimborso spese di cura per danni estetici • Cure fisioterapiche da Infortunio
	Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio	• Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio • Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio
SALUTE	Invalidità permanente da Malattia	• Rendita vitalizia da Malattia
	Invalidità permanente da Ictus o Infarto (alternativa alla garanzia di Invalidità permanente da malattia e attivabile solo se attiva la garanzia di Invalidità permanente da infortunio)	
	Grandi Interventi Chirurgici	
	Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia	• Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia • Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia
TUTELA LEGALE		• Tutela legale (a prescindere dalle garanzie base attivate)
ASSISTENZA		• Assistenza (a prescindere dalle garanzie base attivate)

(*) **Garanzie base:** ai fini dell'attivazione della polizza l'Assicurato deve scegliere almeno una tra le garanzie base previste dal prodotto.

(**) **Garanzie opzionali:** garanzie attivabili a scelta dell'Assicurato in abbinamento alle garanzie base del relativo settore. Assistenza e Tutela legale sono attivabili a prescindere dal settore delle garanzie base.

Le informazioni in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti delle condizioni di assicurazione:

- le dichiarazioni fornite nel Questionario sanitario (mod. 220158) riportate nel documento di Polizza, costituiscono parte integrante della Polizza stessa (mod. 250301);
- l'Assicurazione opera solo per i soggetti e le garanzie indicate in Polizza e per le quali è stato pagato il relativo Premio;
- l'Assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in Polizza;
- alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo, scoperti e/o Franchigie indicati sulla Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione;
- le limitazioni e le esclusioni, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono indicate in Polizza ed evidenziate nelle Condizioni di Assicurazione.

Groupama Assicurazioni S.p.A. (di seguito Groupama Assicurazioni) ha redatto questo contratto perché sia di facile e immediata comprensione.

Alcune parole, presenti all'interno del testo, assumono un significato preciso per questo contratto e per la legge: si tratta delle Definizioni riportate all'interno del Glossario. Queste parole sono evidenziate all'interno delle Condizioni di Assicurazioni con la lettera maiuscola.

Gli articoli contrassegnati da questa icona  sono quelli che il Contraente dovrà firmare in fase di sottoscrizione del contratto.

Mentre, le parti di testo contrassegnate da quest'altra icona  o evidenziati in grassetto, sono quelli sui quali il Contraente dovrà prestare particolare attenzione.

GLOSSARIO

A

ABORTO TERAPEUTICO

Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

ALIMENTI A FINI MEDICI SPECIALI (AFMS)

Prodotti volti al trattamento dietetico di soggetti affetti da malattie o condizioni mediche che determinano vulnerabilità nutrizionale, cioè l'impossibilità o la forte difficoltà ad alimentarsi utilizzando i comuni alimenti, per soddisfare il loro fabbisogno nutritivo.

Gli AFMS sono notificati al Ministero della Salute ai fini dell'emissione in commercio e consultabili su apposito registro: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/alimenti-particolari-integratori-e-novel-food/registro-nazionale-alimenti-fini-medici-speciali/>

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.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA

L'aiuto immediato in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in stato di bisogno a seguito di un Sinistro tramite la Struttura Organizzativa della Società di gestione dei servizi di Assistenza.

ATTO DOLOSO

L'atto è doloso quando l'evento dannoso o pericoloso è preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione.

B

BENEFICIARIO

La persona o le persone designate in Polizza quali titolari del diritto all'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

C

CARTELLA CLINICA

Documento avente natura di atto pubblico, redatto durante il Ricovero, diurno o con pernottamento.

CENTRALE OPERATIVA

La struttura della Società di Gestione dei Sinistri Malattia che provvede a predisporre quanto necessario per la gestione dei Sinistri Malattia.

CENTRO DIAGNOSTICO

Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

Centro regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CONTRAENTE

Il soggetto che sottoscrive l'Assicurazione e paga il Premio.

CONVALESCENZA

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

COSTITUZIONE DI PARTE CIVILE

Richiesta di risarcimento danni, nel processo penale, da parte di chi ha subito il reato.

D

DANNO EXTRA CONTRATTUALE

Danno ingiusto conseguente a fatto illecito.

DAY HOSPITAL

La degenza in Istituto di cura, documentata da Cartella Clinica completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera), senza pernottamento per lo svolgimento di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie. Non è considerato Day Hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY

La degenza in Istituto di cura, documentata da Cartella Clinica completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera), senza pernottamento e comportante Intervento Chirurgico.

DATA DI DECORRENZA

Data indicata sulla Polizza dalla quale l'Assicurazione è efficace e valida.

DICHIARAZIONI SANITARIE

Il documento precontrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate).

DIRETTA

Modalità di erogazione della prestazione, che presuppone l'utilizzo di strutture convenzionate e dietro autorizzazione della Centrale Operativa della Società di Gestione dei Sinistri Malattia, con conseguente accollo da parte della Società dei costi dei trattamenti fruiti dall'Assicurato stesso.

DOCUMENTAZIONE MEDICA

Cartella Clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

DURATA

Periodo di validità dell'Assicurazione, anche indicato sulla Polizza.

E

EBBREZZA

Si considera in stato di ebbrezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.

ENDOPROTESI

Struttura protesica, compresi apparecchi terapeutici, applicati all'interno del corpo umano in corso di Intervento Chirurgico.

ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE

Condizione patologica di natura congenita/ degenerativa o traumatica interessante i dischi inter-somatici della colonna vertebrale consistente in rottura dell'anulus fibroso del disco intervertebrale con dislocazione e fuoriuscita (totale o parziale) del nucleo polposo con conseguente contatto meccanico con le strutture nervose del canale spinale (meningi, midollo spinale e/o radici nervose).

ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE (O ERNIA ADDOMINALE)

Condizione patologica (primitiva o acquisita) consistente in fuoriuscita di un viscere o parte di esso dalla cavità che normalmente lo contiene o da un canale anatomico per debolezza tissutale o sfiancamento della parete addominale o dei tessuti di sostegno.

ESECUZIONE FORZATA

Azione forzata del creditore per riscuotere il credito (es: pignoramento dei beni).

F

FATTO ILLECITO

Qualunque comportamento doloso o colposo, tenuto cioè con intenzione di nuocere o con disattenzione, imprudenza, imperizia, negligenza che cagiona ad altri un danno ingiusto, e obbliga il suo autore al risarcimento del danno causato.

FRANCHIGIA

La percentuale, il numero di giorni o l'importo che in caso di danno l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun Sinistro, viene detratto dall'indennizzo.

G

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili, applicati presso Istituti di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione di tutti i tutori preconfezionati. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche di Zimmer, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico e inamovibili da parte dell'Assicurato, 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 della validità della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco, i bendaggi molli applicati a puro scopo protettivo come nel caso di medicazioni di ferite extrarticolari o di ustioni;
- c) i busti ortopedici elastici (collare cervicale molle senza appoggio mentoniero, collare di Shanz, Colombari o Philadelphia, collare cervicale semirigido in plastica, bustini ortopedici con o senza stecche, polsiera elastica, tutore di spalla, gomitiera elastica o in neoprene, il reggibraccio, tutore per scafoide, ginocchiera elastica aperta e chiusa con o senza rinforzi ma con snodi non bloccati, cavigliera, tutore per caviglia);
- d) ortesi rigide (busto ortopedico tipo CAMP, corsetto di Taylor, corsetto dorso lombare e lombo sacrale in politene);
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d);
- f) i mezzi di osteosintesi interni applicati chirurgicamente per ridurre e sintetizzare le fratture ossee.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato in allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

I

ICTUS CEREBRALE (ICTUS DI SEGUITO)

Accidente cerebro-vascolare costituito da emorragia o Infarto del tessuto cerebrale a seguito di trombosi o embolia, quest'ultima anche di origine extracranica, a esordio brusco che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore da cui discendono deficit neurologici permanenti documentabili.

Sono esclusi TIA, deficit reversibili, lesioni cerebrali da traumi o ipossia.

INDENNIZZO

La somma dovuta dal Groupama Assicurazioni all'Assicurato/Beneficiario in caso di Sinistro.

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INFARTO MIOCARDICO (INFARTO DI SEGUITO)

Necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna accertata strumentalmente da modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

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, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, Gessatura, sutura, artroscopia.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, a prescindere 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, le strutture per anziani.

IVASS

L'IVASS (già ISVAP), Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della clientela. L'Istituto persegue altresì la stabilità del sistema e dei mercati finanziari.

L

LUNGODEGENZA

Ricovero determinato da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

M

MALATTIA

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato derivante da condizioni congenite o da traumi pregressi.

MALPRACTICE MEDICA

Mancato rispetto delle linee guida minime per la assistenza specializzata che provoca danni fisici o lesioni gravi e permanenti (o morte) al paziente.

MASSIMALE

Importo massimo che, per ciascun anno assicurativo, Groupama Assicurazioni è disposta a pagare all'Assicurato.

MEDIAZIONE

L'istituto giuridico è stato introdotto con il D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Il Procedimento si svolge dinanzi ad un Organismo di Mediazione, avente requisiti di terzietà, finalizzata alla ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia.

MEDICO CONVENZIONATO

Medico convenzionato con Groupama Assicurazioni per il tramite della Società di Gestione dei Sinistri Malattia.



OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)

La degenza, per un massimo di 44 ore, per pazienti che presentano patologie con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali e corredato da relativa certificazione medica. La permanenza in O.B.I. deve essere documentata da una specifica scheda contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella documentazione di Pronto Soccorso.

ORGANISMO DI MEDIAZIONE

Ente pubblico o privato iscritto nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia (registro degli organismi di mediazione istituito ai sensi dell'art. 16, D.lgs. 28/2010).



PATOLOGIE (O STATI PATOLOGICI) PREESISTENTI

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche, esami clinici (strumentali o di laboratorio) o visite anteriormente alla Data di Decorrenza.

PERITO

Chi esegue un accertamento tecnico, perizia, che può essere incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio)

POLIZZA

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

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa a Groupama Assicurazioni per l'Assicurazione.

PRESCRIZIONE

Estinzione di un diritto perché non esercitato dal suo titolare per il periodo di tempo indicato dalla legge.

Q

QUESTIONARIO SANITARIO

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

R

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, indicata da un sanitario e comportante il pernottamento in Struttura sanitaria, documentata da Cartella Clinica (anche in formato digitale).

RISCHIO

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

S

SCADENZA MASSIMA

Termine ultimo di efficacia di una singola garanzia, indicato in Polizza, indipendente dalla durata dell'Assicurazione.

SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzato, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione. Per le prestazioni del settore Salute si considera Sinistro il Ricovero, l'Intervento Chirurgico, il Ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie o indennità assicurate. Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day Hospital / Day Surgery, con il giorno dell'Intervento Chirurgico senza Ricovero o di esecuzione della prestazione sanitaria assicurata.

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.

SOCIETÀ DI GESTIONE DEI SINISTRI MALATTIA

My Assistance S.r.l.

SOCIETÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA

Europ Assistance Service S.p.A.

STATO COMATOSO (OVVERO COMA)

Ogni alterazione dello stato di coscienza, anche indotta farmacologicamente, caratterizzata da alterazioni di grado variabile della sensibilità, della motilità volontaria, con o senza alterazione delle funzioni vegetative, misurabile secondo le scale di Glasgow (GCS) con punteggio di 8 o inferiore 8 ad andamento evolutivo in senso regressivo e/o progressivo e perdurante per oltre 7 giorni.

STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

Condizione clinica caratterizzata da attività di veglia in assenza di coscienza di sé e dell'ambiente esterno ed in assenza di responsività agli stimoli esterni, secondaria a grave disfunzione degli emisferi cerebrali ma con sufficiente risparmio del diencefalo e del tronco encefalico. Clinicamente caratterizzata da conservazione (totale o parziale) del respiro spontaneo, della vitalità circolatoria e metabolica, e risparmio delle funzioni vegetative (temperatura corporea, pressione arteriosa e diuresi), in assenza di risposta allo stimolo tattile o nocicettivo.

SPESE DI GIUSTIZIA

Spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

SPESE DI SOCCOMBENZA

Spese legali o peritali che una parte deve versare all'altra per decisione del giudice.

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale è 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.

SPORTIVO PROFESSIONISTA

Colui che esercita in maniera continuativa uno sport professionistico.

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 Groupama Assicurazioni, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza.

T

TERMINI DI CARENZA

Il periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono attive.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

TUTELA LEGALE

L'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.lgs. n. 209/2005 art. 163, 164, 173, 174 e correlati.



VERTENZA

Conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE



ART. 1 - DURATA E SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza. In relazione a specifiche garanzie potrebbe essere indicata una diversa data di Scadenza Massima.

La durata dell'Assicurazione è di un anno, salvo che la stessa sia stata stipulata per una minore durata oppure sia stata stipulata per una durata poliennale (quindi di almeno 2 anni). In quest'ultimo caso il Premio, per ciascuna annualità, viene calcolato con applicazione della riduzione percentuale indicata in Polizza.

Se la Polizza prevede il tacito rinnovo, vuol dire che l'Assicurazione, terminato il periodo di durata indicato in Polizza, si rinnova automaticamente ogni anno per la durata di un anno e così via a ogni scadenza successiva, a meno che ne sia data disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza per tempo vigente.

Nel caso in cui per una specifica garanzia sia indicata in Polizza una data di Scadenza Massima consentita, non è possibile il rinnovo automatico di tale garanzia anche in caso di rinnovo della Polizza a data successiva a quella di Scadenza Massima: pertanto la Polizza, a ogni suo rinnovo, resterà efficace con riferimento alle garanzie che non abbiano oltrepassato la loro data di Scadenza Massima.

Se la Polizza non prevede il tacito rinnovo, invece, l'Assicurazione scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno ultimo di durata indicato in Polizza.



ART. 2 - 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; in caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Restano in ogni caso validi i Termini di carenza, o la diversa decorrenza della garanzia come previsto all'art. 106  Termini di carenza.

Il Premio può essere frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali e mensili con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3% e del 4% sia per il frazionamento trimestrale che per quello mensile.

Il premio è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se è stato pattuito il frazionamento in più rate.

Le modalità di pagamento riconosciute da Groupama Assicurazioni sono:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato a Groupama Assicurazioni o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
- bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore di Groupama Assicurazioni o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
- contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.
- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD – Sepa Direct Debit).

In caso di pagamento mediante SDD, in fase di stipula del contratto **il Contraente deve compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito da Groupama Assicurazioni così come, in caso di modifica del conto corrente, deve darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD devono essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento.**

Groupama Assicurazioni recepisce tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato pattuito il pagamento mediante addebito diretto SDD:

- la prima rata di premio o, in caso di frazionamento mensile, le prime tre mensilità sono

corrisposte all'intermediario alla sottoscrizione con una delle modalità ammesse;

- L'SDD è attivato dalla prima rata successiva o, in caso di frazionamento mensile, dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna rata di premio da corrispondere con mandato SDD vengono effettuati al massimo due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa, come indicato in precedenza e l'addebito SDD viene sospeso.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 C.C., dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto di Groupama Assicurazioni al pagamento dei premi scaduti. Se il Contraente non paga entro 90 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, i Termini di Carenza di cui all' art. 106  Termini di carenza decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Trascorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia pagato la rata arretrata il contratto è risolto.



Il Contraente deve provvedere, mediante il proprio intermediario, al pagamento delle rate insolute, alla riattivazione della copertura assicurativa e al pagamento premi per le successive rate (art. 1901 Codice Civile).



ART. 3 - INDICIZZAZIONE (PREVISTA SE RICHIAMATA IN POLIZZA)

Il Premio, le somme assicurate, i massimali e i limiti di Indennizzo, riportati in euro, sono soggetti ad adeguamento automatico in proporzione alle variazioni dell'**indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (FOI)**.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, confrontando l'indice indicato in Polizza, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipula (c.d. **indice iniziale**), con quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello della data di quietanza (c.d. **indice di scadenza**).

In caso di ritardata o mancata pubblicazione dell'indice, viene preso a riferimento un altro indice ISTAT simile a quello dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. La validità del diverso indice è limitata al periodo di una rata annuale di Premio, fatta eccezione per i casi di rinnovo concordati di volta in volta.

Gli aumenti e le riduzioni del Premio, delle somme assicurate, dei massimali o dei limiti di Indennizzo (Franchigie escluse) – se espressi in cifra assoluta – seguono l'andamento dell'indice e sono applicati a partire da ogni ricorrenza annuale e sono validi fino alla ricorrenza successiva.

Nei 30 giorni del termine di rispetto stabilito dall'art. 8  Diminuzione del Rischio, è considerato in vigore l'indice riportato sulla relativa quietanza di Premio scaduta e non ancora saldata.

Le Parti possono in qualsiasi momento rinunciare all'applicazione della presente clausola mediante lettera raccomandata da inviarsi all'altra Parte almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale del Premio. In questo caso, il Premio, le somme assicurate, i massimali e i limiti di Indennizzo restano quelli risultanti dall'ultima variazione effettuata.

L'adeguamento non è previsto per le garanzie:

- **Rendita vitalizia da Infortunio;**
- **Rendita vitalizia da Malattia;**
- **Assistenza;**
- **Tutela legale.**



ART. 4 - ADEGUAMENTO DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Alla scadenza di ogni annualità, il premio è automaticamente aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato per le garanzie:

- **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia;**

- Indennità giornaliera da Convalescenza da Infortunio e Malattia;
- Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia;
- Grandi interventi chirurgici;
- Invalidità permanente da Malattia;
- Invalidità permanente da ictus o infarto e, se attivata, Opzione Q – Franchigia e super valutazione dell'Invalidità permanente da Ictus e Infarto;
- Rendita vitalizia da Malattia.

Le percentuali di adeguamento sono riportate nelle tabelle seguenti, differenziate per garanzie.

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA - * INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO E MALATTIA - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0	-	20	3,75%	40	2,50%	60	4,00%
1	3,00%	21	3,50%	41	2,75%	61	4,00%
2	3,00%	22	3,35%	42	2,75%	62	4,00%
3	3,00%	23	3,00%	43	2,75%	63	4,00%
4	3,00%	24	3,00%	44	2,85%	64	4,00%
5	3,00%	25	2,75%	45	2,85%	65	4,00%
6	3,00%	26	2,50%	46	2,85%	66	4,50%
7	3,00%	27	2,50%	47	2,85%	67	4,50%
8	3,00%	28	2,50%	48	2,85%	68	4,50%
9	3,00%	29	2,50%	49	2,85%	69	4,50%
10	3,00%	30	2,50%	50	3,00%	70	5,00%
11	3,00%	31	2,50%	51	3,25%	71	5,00%
12	3,00%	32	2,50%	52	3,50%	72	5,00%
13	3,00%	33	2,50%	53	3,50%	73	5,00%
14	3,00%	34	2,50%	54	3,50%	74	5,00%
15	3,00%	35	2,50%	55	3,50%	75	5,00%
16	3,25%	36	2,50%	56	3,75%	76	5,00%
17	3,50%	37	2,50%	57	3,75%	77	5,00%
18	3,75%	38	2,50%	58	3,75%	78	5,00%
19	3,75%	39	2,50%	59	3,75%	79-80	5,00%

*Per il premio della garanzia "Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia" l'adeguamento del premio opererà a partire dal 21-esimo anno di età.

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0 - 18	0%	31	2,60%	44	4,90%	57	6,00%
19	2,50%	32	3,40%	45	4,70%	58	6,20%
20	3,70%	33	3,30%	46	6,00%	59	5,80%
21	2,40%	34	2,40%	47	6,10%	60	6,20%
22	3,40%	35	3,90%	48	6,20%	61	6,80%
23	3,30%	36	3,80%	49	5,80%	62	7,20%
24	3,20%	37	2,90%	50	6,30%	63	6,90%
25	2,10%	38	3,50%	51	5,90%	64	7,10%
26	3,10%	39	3,40%	52	5,90%	65	7,00%
27	3,00%	40	3,90%	53	5,90%	66	10,00%
28	3,80%	41	5,10%	54	5,90%	67	9,90%
29	2,80%	42	4,80%	55	6,20%	68	10,00%
30	2,70%	43	5,20%	56	5,80%	69	10,00%

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0 - 18	0%	34	3,40%	50	6,00%
19	0%	35	3,30%	51	4,00%
20	2,70%	36	3,20%	52	6,20%
21	2,60%	37	3,10%	53	5,90%
22	2,60%	38	4,00%	54	5,90%
23	2,50%	39	2,90%	55	6,20%
24	2,40%	40	3,80%	56	8,30%
25	4,80%	41	20,00%	57	6,00%
26	2,30%	42	5,30%	58	5,90%
27	2,20%	43	5,00%	59	6,10%
28	4,30%	44	4,80%	60	6,00%
29	2,10%	45	5,20%	61	7,00%
30	4,10%	46	21,70%	62	7,20%
31	60,80%	47	6,10%	63	6,90%
32	2,40%	48	5,80%	64	7,00%
33	3,60%	49	5,90%	65	7,00%

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

OPZIONE Q - FRANCHIGIA E SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0 - 18	0%	34	3,10%	50	6,40%
19	0%	35	4,50%	51	3,50%
20	3,80%	36	2,90%	52	5,80%
21	3,70%	37	2,80%	53	6,40%
22	3,60%	38	4,10%	54	5,60%
23	3,40%	39	3,90%	55	6,10%
24	3,30%	40	3,70%	56	15,00%
25	0,00%	41	27,70%	57	6,00%
26	3,20%	42	5,70%	58	6,00%
27	3,10%	43	4,50%	59	6,00%
28	3,00%	44	5,10%	60	5,90%
29	2,90%	45	4,90%	61	6,90%
30	2,90%	46	21,70%	62	7,20%
31	69,40%	47	6,40%	63	6,90%
32	3,30%	48	6,00%	64	6,90%
33	3,20%	49	5,60%	65	7,10%

PERCENTUALI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO ANNUO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO PER LA GARANZIA:

RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali	Età anni	Percentuali
0 - 18	0%	31	3,00%	44	1,00%	57	5,90%
19	2,50%	32	2,90%	45	1,00%	58	6,20%
20	3,30%	33	2,80%	46	1,90%	59	6,10%
21	3,20%	34	3,30%	47	1,90%	60	5,70%
22	2,30%	35	3,20%	48	1,40%	61	1,70%
23	3,00%	36	0,50%	49	0,90%	62	1,50%
24	2,90%	37	0,50%	50	0,90%	63	1,00%
25	3,60%	38	0,50%	51	6,20%	64	0,70%
26	2,80%	39	0,50%	52	5,80%	65	0,50%
27	2,70%	40	0,00%	53	6,30%	66	2,60%
28	3,30%	41	1,50%	54	5,90%	67	2,10%
29	3,20%	42	1,50%	55	5,90%	68	1,60%
30	3,10%	43	1,00%	56	5,90%	69	10,10%



ART. 5 - REVISIONE TECNICA DEL PREMIO

Groupama Assicurazioni ha la facoltà di modificare il premio pattuito per ciascuna garanzia prevista dal prodotto in occasione di ciascuna scadenza annuale (quietanza di rinnovo), nel caso si verifichi anche uno solo dei seguenti eventi:

- variazioni oggettive del Servizio Sanitario Nazionale che comportino la riduzione delle prestazioni dallo stesso fornite;
- dichiarazione formale di pandemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o di altro soggetto autorizzato dalle norme internazionali o nazionali;
- variazioni oggettive riguardanti l'evoluzione del costo o della frequenza delle prestazioni afferenti alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa. L'operatività del presente punto c) decorre dal 1° febbraio del 2028 e può essere ripetuta ad intervalli non inferiori a 3 anni.

La facoltà può essere esercitata in tutta la durata del Contratto, se anche uno solo dei tre eventi sopra citati si verifica in uno degli anni successivi al 1° febbraio 2026. L'eventuale modifica del premio non ha effetto sui premi già pagati.

L'esercizio della facoltà può ripetersi negli anni successivi per il verificarsi di ulteriori eventi sopra citati. La mancata applicazione della clausola in una annualità, nonostante il verificarsi di uno degli eventi sopra citati, non comporta rinuncia.

In caso di revisione del premio, a massima tutela degli interessi e dei diritti del Contraente, Groupama Assicurazioni, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, comunicherà al Contraente indicazioni in merito al nuovo Premio. Il Contraente avrà sempre facoltà di disdettare dal Contratto, senza sostenere alcun onere o costo, semplicemente dandone comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, oppure mediante Posta elettronica certificata, se il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o a Groupama Assicurazioni. In caso di disdetta da parte del Contraente il Contratto cesserà di avere effetto dalle ore 24:00 del giorno della scadenza del periodo assicurativo indicato in polizza. In caso, invece, di mancato esercizio della facoltà di disdetta da parte del Contraente il Contratto s'intenderà rinnovato alle nuove condizioni di Premio e la copertura proseguirà alla scadenza per un ulteriore periodo assicurativo.



ART. 6 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Per l'attivazione della Polizza all'Assicurato è sempre richiesta **la compilazione della sezione B "Dichiarazioni Assicurato" del Questionario sanitario** e, in funzione delle garanzie e dei massimali prescelti, è prevista la **sottoscrizione di una Dichiarazione**

sanitaria o la compilazione e sottoscrizione della sezione C “Notizie sullo stato di salute dell'Assicurato” del Questionario Sanitario, eventualmente anche con esame obiettivo del medico curante.

Groupama Assicurazioni, acconsente all'attivazione della Polizza e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato, rilasciate nei documenti previsti.

Le dichiarazioni rese devono essere veritiere, esatte e complete e devono riguardare anche eventuali infortuni o patologie:

- già in precedenza dichiarati;
- già oggetto di precedenti indennizzi da parte di Groupama Assicurazioni.

La Dichiarazione sanitaria o il Questionario sanitario sono aggiornati in caso di sostituzione del contratto per variazioni relative alla durata e/o alle garanzie, incluse eventuali modifiche dei livelli di copertura già previsti.

Nel caso di uno o più precedenti sanitari, dichiarati nel Questionario sanitario, Groupama Assicurazioni può escludere tali precedenti dalla copertura o limitarne la copertura prevedendo franchigie e/o scoperti, da applicarsi a ogni Sinistro riguardante tali precedenti. Le eventuali esclusioni o limitazioni di copertura sono indicate in Polizza.



Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio (malattie e/o infortuni pregressi, professione e residenza dell'Assicurato e sue variazioni), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, e la cessazione dell'Assicurazione, come previsto degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.



Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 (“Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato in passato affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa. Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Società per la determinazione delle condizioni contrattuali.



ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta a Groupama Assicurazioni di circostanze o nuovi fatti sopravvenuti che possono determinare un aggravamento del Rischio. Quest'ultimo si ha nel caso in cui vi sia un mutamento del rischio non previsto, né prevedibile al momento della conclusione del contratto tale che, se fosse esistito o fosse stato conosciuto da Groupama Assicurazioni, questi non avrebbe concluso il contratto o lo avrebbe concluso per un premio maggiore e con eventuale limitazione.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Groupama Assicurazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 8 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta a Groupama Assicurazioni di circostanze o nuovi fatti sopravvenuti che possono determinare una diminuzione del Rischio.

Nel caso di diminuzione del Rischio Groupama Assicurazioni è tenuta a ridurre il Premio o le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato come previsto dall'art. 1897 del Codice Civile. In tal caso Groupama Assicurazioni rinuncia al relativo diritto di Recesso.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto a Groupama Assicurazioni l'esistenza e/o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio. In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve comunicarlo a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

La mancata comunicazione può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

Se le somme assicurate con altre polizze, stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente Assicurazione, Groupama Assicurazioni, entro 30 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 60 giorni.

Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico, quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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



ART. 11 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato, in caso di Sinistro, non appena ne ha conoscenza e possibilità, deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la Polizza, oppure a Groupama Assicurazioni. La comunicazione può essere altresì effettuata a My Assistance (art. 109 ) Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute) in caso di sinistro per le seguenti garanzie:

- **Gravi ricoveri, se determinati da Malattia;**
- **Grandi Interventi Chirurgici;**
- **Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia, se determinato da Malattia;**
- **Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia, se determinato da Malattia;**
- **Indennità giornaliera da Convalescenza da Infortunio e Malattia, se determinato da Malattia.**

Il mancato rispetto di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come previsto dall'art. 1915 del Codice Civile.



ART. 12 - ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O DI CHI SPETTA

La presente Assicurazione è stipulata per conto proprio o nell'interesse di chi spetta; gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come previsto dall'art. 1891 C.C.

ART. 13 - BONUS IN ASSENZA DI SINISTRI

Trascorsi almeno cinque anni consecutivi in assenza di Sinistri indennizzabili per qualsiasi persona assicurata e per qualsiasi garanzia, esclusa la garanzia Assistenza, Groupama Assicurazioni riconosce uno speciale bonus.

Il bonus consiste in una maggiorazione del 10% dell'Indennizzo previsto per le garanzie, se richiamate in polizza:

- Morte da Infortunio
- Invalidità permanente da Infortunio
- Invalidità permanente da Malattia
- Inabilità temporanea
- Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio
- Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio o giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio
- Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio o Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio.

oppure, se più favorevole:

- riduzione di 1 punto di franchigia per Invalidità permanente da Infortunio accertata da liquidare sul primo scaglione di somma assicurata (fino a € 150.000,00).

Nel caso in cui il contratto sia stato emesso in sostituzione di altra Polizza "Groupama Protezione Infortuni", il bonus viene riconosciuto sui capitali della Polizza originaria o, se inferiori, su quelli della Polizza in essere al momento del Sinistro, per le persone e per le garanzie in origine assicurate. Per gli eventuali nuovi assicurati o per le nuove garanzie inserite in occasione della sostituzione del contratto, il quinquennio decorre dal momento in cui ha effetto la sostituzione, a condizione che sulla sequenza delle polizze sostituite non vi siano stati Sinistri.



Il bonus è riconosciuto una sola volta in occasione del primo Sinistro relativo alle garanzie sopra elencate.



ART. 14 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Per l'operatività delle garanzie, è considerata valida solo la valutazione dell'Invalidità permanente effettuata in Italia. **L'Inabilità temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile solo per il periodo di Ricovero ospedaliero:** questo limite termina a partire dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

Per la garanzia Tutela Legale:

- le prestazioni previste ai punti a), b), c) e d) dell'art. 116  Tutela Legale sono garantite nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein; in ogni caso, per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del rimborso massimo di € 5.000;
- le prestazioni previste al punto e) dell'art. 116  Tutela Legale sono garantite nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

ART. 15 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Groupama Assicurazioni rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete, come previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 16 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

ART. 17 - ONERI FISCALI

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

ART. 18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per quanto non è espressamente regolato in queste Condizioni di Assicurazione valgono le norme della legge italiana in materia.

ART. 19 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, come previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.

SETTORE INFORTUNI

ART. 20 - CHI È ASSICURATO

È assicurabile la singola persona, il suo nucleo familiare, i soci (non dipendenti) d'azienda e il loro nucleo familiare.

L'Assicurato o gli Assicurati sono specificamente individuati per nome in Polizza con l'indicazione delle relative garanzie attive.



ART. 21 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula dell'Assicurazione, a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, sono affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Al manifestarsi di tali condizioni in corso di contratto, l'Assicurazione stessa termina all'istante (art. 1898 C.C.), senza l'obbligo per Groupama Assicurazioni di corrispondere Indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, Groupama Assicurazioni restituisce al Contraente la parte di Premio netto già pagata e non goduta. Il Premio pagato e non goduto è quella parte di Premio 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. 22 - COSA È ASSICURATO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività secondo la forma di Copertura di cui all'art. 23  Forma di copertura indicata in Polizza. Sono compresi in garanzia tutti gli eventi che hanno caratteristica di Infortunio:

- a) gli Infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza;
- b) gli Infortuni causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) gli Infortuni causati da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva;**
- d) gli Infortuni subiti come trasportato o conducente di qualsiasi veicolo, natante a motore, o motocicli di qualsiasi cilindrata sia quando l'Assicurato è abilitato a norma, sia con patente scaduta. In quest'ultimo caso il rinnovo della stessa deve avvenire entro i 90 giorni successivi al Sinistro o entro i 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura se l'Infortunio ha comportato Ricovero;
- e) gli Infortuni causati da atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana;**
- f) gli Infortuni causati dalla pratica ricreativa e non professionale di qualsiasi sport, **salvo quanto disposto dall'art. 77  Esclusioni, lettere e), f), g).**

Sono inoltre assimilate ad Infortunio:

- g) l'asfissia **di origine non morbosa;**
- h) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazione di sostanze tossiche, **se dovute a causa fortuita;**
- i) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, **escluse la malaria e le malattie tropicali;**
- j) l'annegamento;
- k) l'assideramento o il congelamento;
- l) la folgorazione;
- m) i colpi di sole e di calore;
- n) 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. 77  Esclusioni, lettera o);

ART. 23 - FORME DI COPERTURA

Groupama Assicurazioni indennizza, nei limiti delle garanzie e delle somme assicurate indicate in Polizza, le conseguenze dirette ed esclusive degli Infortuni subiti dall'Assicurato, durante l'operatività del contratto, nello svolgimento delle attività descritte nella forma di copertura indicata in Polizza:

- forma di copertura completa: l'Assicurazione vale per gli Infortuni che L'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità;
- forma di copertura professionale: l'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza o che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa;
- forma di copertura extraprofessionale: l'Assicurazione vale solo per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

Le forme di copertura professionale o extraprofessionale possono essere pattuite solamente quando è individuabile una netta separazione tra l'ambito professionale e quello extraprofessionale. Diversamente si deve optare per una forma di copertura completa.

LE GARANZIE INFORTUNI (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. 24 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'Indennizzo per il caso di Invalidità permanente da Infortunio è dovuto se l'Invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio, anche dopo la scadenza della Polizza.

L'Indennizzo è determinato in base a:

- la somma assicurata;
- il grado di Invalidità permanente accertato;
- le percentuali di franchigia riportate nella tabella dell'Allegato 3 (Franchigia Base) o in diversa opzione attiva sulla Polizza.

Il grado di Invalidità permanente è accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

Valori		
Tabella accertamento grado di Invalidità Permanente		
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito

Anchilosi:		
- dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
- di un piede	40%	
- di ambedue i piedi	100%	
- di un alluce	5%	
- di un altro dito del piede	1%	
- della falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Postumi di lesioni meniscali:		
- se complete e disposte in senso trasversale	3%	
- in tutti gli altri casi	1%	
Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:		
- collaterale interno	12%	
- collaterale esterno	8%	
- crociato anteriore	6%	
- crociato posteriore	6%	
Anchilosi:		
- dell'anca in posizione favorevole	35%	
- del ginocchio in estensione	25%	
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
- sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di rottura completa tendinea a prescindere dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo:		
- tendine di Achille	4%	
- tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori	5%	
- quadricipite femorale	5%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12 ^a dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Perdita totale	
- voce	30%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed auditive si procede 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, valgono 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, a prescindere 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 procede a singole valutazioni la cui somma non può superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso. La percentuale di Invalidità permanente viene accertata a fronte della presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi.

ESTENSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 25 - ERNIE

In aggiunta a quanto indicato all'art. 22 ➡ Cosa è assicurato - Oggetto dell'Assicurazione lettera n), **solo per le ernie traumatiche o da Sforzo** è previsto che:

- nel caso in cui l'ernia, escluse le ernie discali, anche se bilaterale, non è operabile secondo parere medico, ferma restando l'applicazione della franchigia prevista, è corrisposto un Indennizzo **non superiore al 10% della somma assicurata per l'Invalidità permanente da Infortunio**;
- in caso di ernia discale non operabile secondo parere medico, è corrisposto un indennizzo forfettario di € 500,00;
- nel caso in cui l'ernia è operabile, è corrisposta un'Indennità giornaliera da Ricovero pari a 1/1000 della somma assicurata della garanzia Invalidità permanente da Infortunio con **il massimo di € 150,00 al giorno** e, per le sole ernie addominali, un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di € 500,00;

Per contestazioni legate alla natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione spetta al Collegio medico come riportato nell'art. 86 ➡ Controversie: arbitrato irrituale.

ART. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO GRATUITA A FAVORE DI FIGLI MINORI DI CINQUE ANNI

Groupama Assicurazioni riconosce un Indennizzo forfettario, se un Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, causa **un'Invalidità permanente superiore al 50% ad un minore di età inferiore a 5 anni**, non assicurato con la presente o con altre polizze con Groupama Assicurazioni e i cui genitori sono entrambi assicurati per il caso di Invalidità permanente con la presente Polizza.

L'importo dell'Indennizzo è **pari al 40% del minore dei capitali assicurati per Invalidità permanente dai genitori e comunque non inferiore a € 25.000,00 e non superiore a € 250.000,00.**

ART. 27 - ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato, a cui sia stata riconosciuta **un'Invalidità permanente da Infortunio superiore al 66%**, per gli adattamenti alla propria abitazione (ad esempio per installazione rampe di accesso, allargamento porta), comprese le spese di progettazione. L'Indennizzo viene corrisposto **fino ad un massimo di € 10.000,00 per evento e per anno assicurativo.**

ART. 28 - ADATTAMENTO DELL'AUTOVETTURA

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato, a cui sia stata riconosciuta **un'Invalidità permanente da Infortunio superiore al 66%**, per gli adattamenti alla propria autovettura.

L'Indennizzo viene corrisposto **fino ad un massimo di € 2.500,00 per evento e per anno assicurativo.**

ART. 29 - ROTTURA SOTTOCUTANEA DI TENDINI

L'assicurazione è estesa, limitatamente alla garanzia Invalidità permanente (se prevista in Polizza), **solamente per la rottura sottocutanea:**

- del tendine di Achille;
- del tendine del muscolo bicipite brachiale o di altro tendine della cuffia dei rotatori;
- del tendine del quadricipite femorale;

in seguito ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza, secondo i criteri riportati nell'apposita tabella per l'accertamento dell'Invalidità permanente (art. 24  Invalidità permanente da Infortunio).

ART. 30 - SUPPORTO PSICOLOGICO

Se all'Assicurato è stata riconosciuta **un'Invalidità permanente da Infortunio pari o superiore al 25%**, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, entro un anno dalla data dell'Infortunio, per sedute da psicologo o da psicoterapeuta **nel limite massimo di € 1.000,00**.

ART. 31 - STATO COMATOSO

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un indennizzo forfettario di € 10.000,00 in caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che abbia comportato uno Stato Comatoso, che si sia protratto **per almeno 7 giorni consecutivi**.

Per la liquidazione dell'indennizzo è necessaria la denuncia del Sinistro comprovante che lo Stato Comatoso si sia protratto per il periodo sopra indicato, come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 32 - OPZIONE A - TABELLA DI LEGGE PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità permanente prevista dall'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, si intende sostituita da quella 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), resta ferma l'applicazione delle Franchigie indicate all'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio

ART. 33 - OPZIONE B - ASSORBIMENTO FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

A parziale deroga dell'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, il grado di Invalidità permanente a partire dal quale non è applicata alcuna Franchigia per tutte le fasce di somma assicurata è ridotto dal 30% al 10%, come riportato nella tabella dell'Allegato 4.

ART. 34 - OPZIONE C - SOPRAVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE OLTRE 20% E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 66%

A parziale deroga dell'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'indennizzo per Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 20% è determinato secondo le percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 5 da applicarsi alla somma assicurata al variare del grado di Invalidità permanente accertato.

ART. 35 - OPZIONE D - SOPRAVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE OLTRE 30% E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 65%

In deroga dell'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 6 da applicarsi alla somma assicurata al variare del grado di Invalidità permanente accertato.

ART. 36 - OPZIONE E - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO MODULARE

In deroga dell'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio, per somme assicurate fino a € 500.000,00, l'Indennizzo per Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 7, da applicarsi alla somma assicurata al variare del grado di Invalidità permanente accertato.

ART. 37 - OPZIONE F - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI

Le percentuali di Invalidità permanente indicate all'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle di seguito riportate. Per le perdite e le menomazioni parziali degli arti superiori e per le percentuali qui non riportate, operano quelle di cui all'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio.

PERCENTUALE TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:	Percentuali
UN ARTO SUPERIORE	100
UNA MANO O UN AVAMBRACCIO	100
UN POLLICE	60
LA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	30
UN INDICE	60
LA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	20
UN MEDIO	30
LA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	10
UN ANULARE O UN MIGNOLO	20
LA FALANGE UNGUEALE	78

ART. 38 - OPZIONE G - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE: VISTA, UDITO E VOCE

Le percentuali di Invalidità permanente, indicate all'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito riportate. **Per le perdite e le menomazioni parziali dei sensi vista, udito e voce e per le percentuali qui non riportate, operano quelle di cui all'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio.**

PERCENTUALE TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:	Percentuali
UN OCCHIO	50
AMBEDUE GLI OCCHI	100
UN OCCHIO PIÙ LA SORDITÀ COMPLETA DI AMBEDUE GLI ORECCHI	100
LA SORDITÀ COMPLETA DI AMBEDUE GLI ORECCHI	100
LA VOCE	100

ART. 39 - OPZIONE BASE PLUS - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA PER SOMME ASSICURATE FINO A 400.000 EURO

A parziale deroga dell'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio, le modalità di determinazione dell'Indennizzo per l'Invalidità permanente valide per il primo scaglione di somma assicurata (fino a € 150.000,00) sono estese anche al secondo scaglione di somma assicurata (oltre € 150.000,00 e fino a € 400.000,00), come riportato nella tabella dell'Allegato 8.

ART. 40 - OPZIONE I - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SUL PRIMO SCAGLIONE

In deroga all'art. 24 ➡ Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 9, da applicarsi alla somma assicurata al variare del grado di Invalidità permanente accertato.

ART. 41 - OPZIONE II - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SUL PRIMO SCAGLIONE E FRANCHIGIE RIDOTTE SUGLI SCAGLIONI SUCCESSIVI

In deroga all'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 10, da applicarsi alla somma assicurata al variare del grado di Invalidità permanente accertato.

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON RIDUZIONE DI PREMIO

ART. 42 - OPZIONE III - FRANCHIGIA DEL 5% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PER SOMME ASSICURATE FINO A 400.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

In deroga all'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per l'Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 11, ovvero:

- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% non è riconosciuto alcun Indennizzo;
- se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 5%, l'Indennizzo è determinato in base alla percentuale eccedente:
 - il 5% fino a € 400.000,00 di somma assicurata,
 - il 10% per la parte di somma assicurata oltre € 400.000,00 e fino a € 800.000,00,
 - il 15% per la parte di somma assicurata eccedente gli € 800.000,00;
- in caso di Invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Indennizzo è calcolato senza applicazione di alcuna Franchigia;
- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 50%, l'Indennizzo è pari al 100% dell'intera somma assicurata.

ART. 43 - OPZIONE IV - FRANCHIGIA DEL 10% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PER SOMME ASSICURATE FINO A 800.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

In deroga dell'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per l'Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 12, ovvero:

- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% non è riconosciuto alcun Indennizzo;
- se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 10%, l'Indennizzo è determinato in base alla percentuale eccedente:
 - il 10% fino a € 800.000,00 di somma assicurata,
 - il 15% per la parte di somma assicurata eccedente gli € 800.000,00;
- in caso di Invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Indennizzo è determinato senza applicazione di alcuna Franchigia;
- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 50%, l'Indennizzo è pari al 100% dell'intera somma assicurata.

ART. 44 - OPZIONE V - FRANCHIGIA DEL 20% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

In deroga dell'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo per l'Invalidità permanente è determinato in base alle percentuali riportate nella tabella dell'Allegato 13, ovvero:

- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 20% non è riconosciuto l'Indennizzo;
- se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 20%, l'Indennizzo è determinato in base alla percentuale eccedente il 20%;
- in caso di Invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Indennizzo è determinato senza applicazione di alcuna Franchigia;
- se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 50%, l'Indennizzo è pari al 100% dell'intera somma assicurata.

GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

(ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 45 - RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni riconosce all'Assicurato a cui è riconosciuta **un'Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 66% del totale** (accertata in base ai criteri indicati all'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio), una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in Polizza, in aggiunta all'Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica Polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. **Tale contratto non è riscattabile.**

L'effetto della Polizza vita coincide con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'Invalidità permanente da Infortunio, come previsto all'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio. **Il pagamento della prima rata della rendita è effettuato dodici mesi dopo l'effetto della Polizza vita.**

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, è corrisposta all'Assicurato per tutta la sua vita.

ART. 46 - GRAVI RICOVERI

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza o di Malattia manifestatasi dopo 30 giorni la data di effetto della stessa che determini per l'Assicurato:

- un Ricovero in Istituto di cura, di durata superiore a 10 giorni consecutivi;
- più Ricoveri in Istituto di cura legati allo stesso Sinistro nel corso di uno stesso Periodo Assicurativo per una durata complessiva superiore a 30 giorni di degenza;

Groupama Assicurazioni liquida un Indennizzo forfettario di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e quella della dimissione.

Sono esclusi i ricoveri a seguito di Malattia preesistente alla data di effetto della Polizza.

GARANZIA MORTE

ART. 47 - MORTE

L'Indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche dopo la scadenza della Polizza – **entro due anni dal giorno dell'Infortunio.**

L'Indennizzo è liquidato ai Beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi

testamentari o legittimi dell'Assicurato in parti uguali.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di Invalidità permanente da Infortunio.

Nel caso in cui è già stato pagato l'Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza dell'Infortunio stesso, gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato hanno diritto alla sola differenza tra l'Indennizzo per Morte, se superiore, e quanto già pagato per l'Invalidità permanente.

ESTENSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MORTE SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 48 - MORTE PRESUNTA

Groupama Assicurazioni liquida la somma assicurata per il caso di Morte se, a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e, pertanto, si presume il decesso.

La liquidazione viene effettuata trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato risulti in vita, Groupama Assicurazioni ha il diritto alla restituzione della somma pagata.

Solo ad avvenuta restituzione della somma, l'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente da Infortunio eventualmente subita.

ART. 49 - COMMORIENZA CONIUGI DA INFORTUNIO

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, che determina **nello stesso evento** la morte di coniugi che lasciano **figli minori o con disabilità**, anche non conviventi, Groupama Assicurazioni riconosce a quest'ultimi, in quanto Beneficiari per il caso di morte, un ulteriore Indennizzo pari al 50% della somma.

ART. 50 - MORTE A SEGUITO DI RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATIVO DI SEQUESTRO

In caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di un Infortunio subito a seguito di reato di:

- rapina
- tentata rapina
- estorsione
- tentativo di sequestro

commessi a danno dell'Assicurato stesso, Groupama Assicurazioni paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dall'Assicurato se espressamente indicati come beneficiari dell'Assicurazione, la somma prevista per il caso di morte, aumentata del 50%.

Questa estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista all'art. 50 ➡

Commorienza coniugi da Infortunio.

ART. 51 - TRASFORMAZIONE DEL CAPITALE CASO MORTE IN RENDITA

Al momento della stipula del contratto, ogni Assicurato presente in Polizza può scegliere di trasformare, in caso di Sinistro, il capitale caso morte in una rendita immediata a favore di un Beneficiario, tramite la stipula di una Polizza di Assicurazione con Groupama Assicurazioni. Tale scelta deve essere effettuata compilando l'allegato - beneficiari trasformazione in rendita (mod. 220045). La rendita annua, pagabile in rate semestrali posticipate e calcolata secondo le tariffe in vigore alla data di inizio della corresponsione, può avere le seguenti caratteristiche:

a) rendita certa, per Beneficiari di età inferiore ai 25 anni, fino al compimento del 25° anno di età. Nel caso il Beneficiario sia minorenne, l'impiego dell'indennità è subordinato alla

- presentazione del decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare che prevede l'espresso esonero della responsabilità di Groupama Assicurazioni sul reimpiego della somma;
- b) rendita vitalizia, per Beneficiari di età non inferiore a 60 anni;
- c) rendita vitalizia per Beneficiari con disabilità all'atto della stipula.

ART. 52 - SPESE FUNERARIE

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di un Infortunio, Groupama Assicurazioni liquida ai Beneficiari un indennizzo forfettario pari a € 5.000,00 per le spese funerarie.

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA MORTE CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 53 - OPZIONE P - INFORTUNIO LEGATO ALLA CIRCOLAZIONE

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, accaduto **durante l'utilizzo o la guida di autovetture, motocicli o ciclomotori**, Groupama Assicurazioni corrisponde l'Indennizzo, per il caso di morte da Infortunio, maggiorato del 25% **con il massimo aumento di € 150.000,00.**

ESTENSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 54 - STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che ha determinato uno Stato Vegetativo Persistente, che si sia protratto **per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi**, Groupama Assicurazioni riconosce:

- l'indennizzo per il caso di Morte se superiore all'indennizzo previsto in caso di Invalidità permanente da Infortunio;
- l'indennizzo previsto in caso di Invalidità permanente da Infortunio maggiorato di un forfait di 10.000,00 euro se l'indennizzo per il caso Morte è inferiore all'indennizzo previsto in caso di Invalidità permanente da Infortunio.

Per la liquidazione dell'indennizzo è necessaria la denuncia del Sinistro comprovante il perdurare dello Stato Vegetativo, per il periodo sopra indicato, come certificato dall'autorità medico ospedaliera competente.

A seguito della liquidazione dell'indennizzo, il contratto si intende concluso.

L'indennizzo previsto per lo Stato vegetativo persistente **non è cumulabile con l'indennizzo previsto per il caso di Morte da Infortunio.**

La prestazione è valida solo se sono attive in Polizza la garanzia Invalidità permanente da Infortunio e la garanzia Morte.

ART. 55 - RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

Fatta eccezione per quanto previsto al successivo art. 77 ➡ Esclusioni lettera I), solo per le garanzie Morte e/o Invalidità permanente, se attivate, **sono compresi gli Infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.**

La prestazione opera fino al 20% delle somme assicurate per Morte e/o Invalidità permanente da Infortunio con il massimo di € 100.000,00 per Sinistro.

ART. 56 - REINVESTIMENTO INDENNIZZO

Al Beneficiario **in caso di morte** dell'Assicurato o all'Assicurato stesso **in caso di Invalidità permanente da Infortunio accertata almeno pari al 66%** è riservata la possibilità di investire l'indennizzo a loro spettante in uno dei prodotti di Risparmio - Investimento di Groupama Assicurazioni in collocamento.

In questo caso, verranno applicate le "Condizioni Agevolate", se previste dalle Condizioni di Assicurazione del prodotto oggetto di reinvestimento e fermo restando il rispetto dei limiti assuntivi stabiliti.

GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 57 - INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità temporanea dell'Assicurato, Groupama Assicurazioni liquida l'importo giornaliero assicurato:

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

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 58 - OPZIONE N - INABILITÀ TEMPORANEA INTEGRALE

A parziale deroga dell'art. 57 $\Rightarrow$ Inabilità temporanea, la liquidazione dell'Indennizzo per Inabilità temporanea è effettuata integralmente anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo parzialmente le sue occupazioni.

ART. 59 - OPZIONE O - SUPERVALUTAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA

Fatta eccezione per quanto previsto dall'art. 82 $\Rightarrow$ Criteri di liquidazione dell'Inabilità temporanea e relative franchigie, l'Indennizzo per Inabilità temporanea è riconosciuto **a partire dal 30° giorno successivo a quello di accadimento del Sinistro.**

Inoltre, l'Indennizzo per Inabilità temporanea viene liquidato come segue, in funzione della data di accadimento del Sinistro:

- dal 30° al 60° giorno di Inabilità temporanea, viene corrisposta la somma assicurata indicata in Polizza;
- dal 61° al 150° giorno di Inabilità temporanea, la somma assicurata indicata in Polizza è aumentata del 50%;
- dal 151° giorno di Inabilità temporanea la somma assicurata indicata in Polizza viene raddoppiata.

GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA

ART. 60 - RIMBORSO SPESE DI CURA

In conseguenza di Infortunio e **nei limiti del Massimale assicurato**, Groupama Assicurazioni rimborsa:

a) le spese sostenute **entro 365 giorni dall'Infortunio**:

- per accertamenti diagnostici, compresi onorari dei medici;
- per assistenza medica ed esami;
- per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure in genere (anche termali), sempre che riconosciute dalla medicina ufficiale e che utilizzano, quindi, metodiche conformi alla medicina scientifica, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, fino ad **un importo non superiore al 30% del Massimale assicurato**;

b) le spese sostenute **nei 120 giorni successivi all'Infortunio per**:

- trattamenti di agopuntura e/o di osteopatia, se prescritti da medico specialista ed eseguiti rispettivamente da medico chirurgo o da osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati italiani, **nel limite di € 500,00 per anno e per Sinistro**;
- l'acquisto o il noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori ortopedici e per l'acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché il noleggio di apparecchi per terapie fisioterapiche a domicilio; il tutto **nel limite del 20% della somma assicurata con il massimo di € 2.500,00 per Assicurato e per anno assicurativo**;

c) le spese sostenute **nei 730 giorni successive all'infortunio per**:

- protesi dentaria dovute alla perdita cruenta di uno o più denti, compreso il rifacimento di protesi preesistenti, fino ad un importo **non superiore al 15% del Massimale assicurato**;
- la rimozione dei mezzi di osteosintesi applicati nel corso dell'intervento per ridurre la frattura/per limitare le conseguenze dell'Infortunio.

d) le spese sostenute durante il Ricovero o l'Intervento chirurgico senza Ricovero **entro 365 giorni dall'Infortunio**:

- per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
- per rette di degenza.

e) le spese sostenute per il trasporto in ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'Istituto di cura, **con un limite di rimborso pari al 20% del Massimale scelto dall'Assicurato**.

Indennità sostitutiva

In alternativa al rimborso delle spese di Ricovero (lettera d) di cui sopra), l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di Ricovero, pari a € 130,00, **fino ad un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e quella della dimissione.**

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

GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 61 - RIMBORSO SPESE DI CURA PER DANNI ESTETICI

Groupama Assicurazioni riconosce all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, **entro due anni dalla guarigione clinica, sempreché la Polizza sia in vigore**, per ridurre o eliminare il danno estetico conseguente ad Infortunio che abbia causato all'Assicurato stesso lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione. Sono ricomprese anche le spese per gli interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Con riferimento ai danni estetici, il rimborso spese è riconosciuto **fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno assicurativo. L'Indennizzo è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo nel solo caso in cui l'Assicurato abbia riportato un'Invalidità permanente superiore al 3%.**

L'Assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici preesistenti all'evento.

Groupama Assicurazioni assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

a) **durante il Ricovero per:**

- onorari di medici e di chirurghi;
- diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.

b) **nei 90 giorni successivi** al termine del Ricovero o, in assenza di Ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la Polizza sia in vigore, per:

prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

Indennità sostitutiva

In alternativa al rimborso delle spese di Ricovero (lettera a) di cui sopra), l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di Ricovero, pari a € 130,00, **fino ad un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e quella della dimissione.**

Sono in ogni caso esclusi i medicinali e le protesi dentarie.

ART. 62 - CURE FISIOTERAPICHE DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, **fino all'importo di € 1.000,00**, per Assicurato e per anno assicurativo, le spese rese necessarie da Infortunio e sostenute, anche in assenza di Ricovero o in assenza di Intervento Chirurgico, per:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi se prescritti da un medico specialista la cui specializzazione è inerente al trauma o alla lesione conseguente all'Infortunio denunciato ed effettuati da personale sanitario abilitato il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa;
- trattamenti di agopuntura e/o di osteopatia, qualora prescritti da medico specialista ed eseguiti rispettivamente da medico chirurgo o da osteopata iscritto all'Albo degli Osteopati italiani.

Il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti sopra elencati è previsto se l'Infortunio e i trattamenti descritti **hanno luogo durante il periodo di validità del contratto.**

Sono comprese in garanzia le spese per trattamenti effettuati **entro un anno dalla data di accadimento dell'Infortunio**, ferma la condizione di cui sopra riguardo alla validità della copertura assicurativa.

OPZIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE, INVALIDITÀ PERMANENTE E RIMBORSO SPESE DI CURA (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 63 - OPZIONE H - ALPINISMO CON SCALATA DI ROCCIA OLTRE IL 3° GRADO DELLA SCALA UIAA

A parziale deroga dell'art. 77 ⇨ Esclusioni lettera e), l'Assicurazione, solo per le garanzie Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se attive) è estesa agli Infortuni causati dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), dell'alpinismo con scalata di roccia ed accesso a ghiacciai oltre il terzo grado della scala UIAA, purché vi sia adeguato accompagnamento di guida e/o portatori professionali.

La presente estensione opera fino alla somma assicurata e comunque:

- **con il massimo di € 300.000,00 per le garanzie Morte e Invalidità permanente;**
- **con il massimo di € 15.000,00 per la garanzia Rimborso spese di cura.**

Non sono indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 64 - OPZIONE I - IMMERSIONE SUBACQUEA CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'art. 77 ⇨ Esclusioni lettera e), l'Assicurazione, solo per le garanzie Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se attive) è estesa agli Infortuni causati dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), della immersione subacquea con autorespiratore, a condizione che sia soddisfatta almeno una delle seguenti condizioni:

- l'Assicurato è in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata;
- l'Assicurato partecipa al corso volto all'ottenimento del suddetto brevetto. Sono comprese anche le embolie gassose.

La presente estensione è valida fino alla somma assicurata e comunque:

- **con il massimo di € 300.000,00 per le garanzie Morte e Invalidità permanente;**
- **con il massimo di € 15.000,00 per la garanzia Rimborso spese di cura.**

Non sono indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 65 - OPZIONE L - SPELEOLOGIA

A parziale deroga dell'art. 77 ⇨ Esclusioni lettera e), l'Assicurazione, solo per le garanzie Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se attive) è estesa agli Infortuni causati dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) della speleologia.

La presente estensione è valida fino alla somma assicurata e comunque:

- **con il massimo di € 300.000,00 per le garanzie Morte e Invalidità permanente;**
- **con il massimo di € 15.000,00 per la garanzia Rimborso spese di cura.**

Non sono indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 66 - OPZIONE M - PUGILATO, ARTI MARZIALI O LOTTA NELLE SUE VARIE FORME, ATLETICA PESANTE, SALTO DAL TRAMPOLINO CON SCI O IDROSCI, RUGBY, FOOTBALL AMERICANO, FREE CLIMBING, SCI E SNOWBOARD ACROBATICO, SCI E SNOWBOARD ESTREMO

A parziale deroga dell'art. 77 ⇨ Esclusioni lettera e), l'Assicurazione, solo per le garanzie

Morte, Invalidità permanente da Infortunio e Rimborso spese di cura, se attivate, è estesa agli Infortuni causati dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) di:

- pugilato,
- atletica pesante nelle sue varie forme,
- arti marziali che comportano contatto fisico,
- lotta nelle sue varie forme,
- salto dal trampolino con sci o idrosci,
- rugby non professionistico,
- football americano non professionistico,
- free climbing (arrampicata libera svolta con equipaggiamento di sicurezza),
- sci o snowboard acrobatico,
- sci o snowboard estremo (intesi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita).

La presente estensione è attiva fino alla somma assicurata e comunque:

- **con il massimo di € 300.000,00 per la garanzia Morte;**
- **l'Indennizzo per Invalidità permanente da infortunio dovuto a termini di Polizza è ridotto del 30% e la somma massima assicurabile è di € 300.000,00;**
- **la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio è calcolata sulla base delle percentuali di invalidità da tabella ANIA senza tenere conto della tabella di Invalidità attiva sul contratto;**
- **il rimborso delle spese di cura dovuto a termini di Polizza è effettuato previa detrazione di uno scoperto del 30% e la somma massima assicurabile è di € 15.000,00.**

Non sono indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

ART. 67 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni 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 una durata massima di **365 giorni per Sinistro**, nei casi di:

- Ricovero reso necessario da Infortunio;
- Day Hospital o Day Surgery, reso necessario da Infortunio.

L'importo giornaliero assicurato **è riconosciuto in misura dimezzata e per un solo giorno 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 è riconosciuto anche nel caso di permanenza dell'Assicurato in Osservazione Breve Intensiva (c.d. OBI), opportunamente certificata nell'ambito della documentazione di pronto soccorso, comportante almeno un pernottamento e con il limite massimo di due giorni per evento.

GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 68 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, indicato in Polizza, nel caso di Gessatura dovuta ad Infortunio con o senza Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza.

L'importo giornaliero viene corrisposto per ogni giorno di Gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione, **per un periodo massimo di 60 giorni.**

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 è corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione **con il massimo di 60 giorni per Sinistro;**
- immobilizzazione delle dita, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione **con il massimo di 20 giorni per Sinistro.**

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un ulteriore importo forfettario, pari al 25% dell'importo indennizzabile per Gessatura, **con il massimo di € 2.000,00 per Sinistro**, se dopo la rimozione della Gessatura sia prescritta una Convalescenza di **almeno 5 giorni.**

In caso di Gessatura conseguente ad Infortunio con Ricovero, l'Assicurato può scegliere, in alternativa alla Convalescenza forfettaria, l'Indennità Giornaliera da Convalescenza post Ricovero, se prevista in Polizza.

L'indennità è corrisposta se l'applicazione dei mezzi di immobilizzazione, di seguito elencati, è prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni prescritti dallo specialista stesso, fermi i limiti sopra indicati, in caso di:

- immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario;
- utilizzo di fissatori esterni;
- utilizzo di stecche digitali.

Tali mezzi di immobilizzazione devono avere le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la relativa applicazione deve essere 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 Giornaliera da Gessatura da infortunio di cui al presente articolo non è cumulabile con l'Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero da Infortunio di cui all'art. 69 ➡ Indennità Giornaliera da convalescenza Post Ricovero da Infortunio

ART. 69 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, per ogni giorno di Convalescenza, a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di cura, **con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero di giorni non superiore a 3 volte quelli di ciascun Ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro.**

Tale garanzia opera in caso di Ricovero reso necessario da Infortunio, come previsto dall'art. 67 ➡ Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, reso necessario da Infortunio, l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato.

L'indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero è corrisposta se la degenza domiciliare è necessaria alla guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi. La degenza domiciliare deve essere prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante e non è dovuta se l'Assicurato riprende la sua attività lavorativa.

ESTENSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE DEL SETTORE INFORTUNI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 70 - RISCHIO VOLO

Fatta eccezione per quanto previsto al successivo art. 77 ➡ Esclusioni lettera d), l'Assicurazione è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisce durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o 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 inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui l'Assicurato scende dall'aeromobile.**

ART. 71 - RISCHI SPORTIVI CON PARTICOLARI LIMITAZIONI

Fatta eccezione per la garanzia Inabilità Temporanea e per quanto previsto al successivo art. 77 ➡ Esclusioni lettera f), l'Assicurazione è estesa a:

- competizioni e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey, ciclismo, pallavolo, pallamano pallacanestro, triathlon e duathlon, sempreché praticati a livello non professionale.

In questi casi:

- **l'Indennizzo per Invalidità permanente da infortunio dovuto a termini di Polizza è ridotto del 30% e la somma massima assicurabile è di € 300.000,00;**
- **la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio è calcolata sulla base delle percentuali di invalidità da tabella ANIA senza tenere conto della tabella di Invalidità attiva sul contratto;**
- **il rimborso delle spese di cura dovuto a termini di Polizza è effettuato previa detrazione di uno scoperto del 30% e la somma massima assicurabile è di € 15.000,00.**

ART. 72 - RISCHIO GUERRA

Fatta eccezione per quanto previsto al successivo art. 77 ➡ Esclusioni lettera m), sono compresi gli Infortuni che l'Assicurato subisce all'estero, con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino, causati da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri. La copertura è valida **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio** di uno di questi eventi, se l'Assicurato, sorpreso dallo scoppio di tali eventi, sia impossibilitato ad abbandonare il paese, a causa dei tumulti in corso.

ART. 73 - SPESE DI SOCCORSO (ATTIVA SE RICHIAMATA IN POLIZZA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO)

In caso di Infortunio dell'Assicurato, Groupama Assicurazioni rimborsa le spese rese necessarie per il suo trasporto dal luogo dell'Infortunio a quello di cura (ospedale, clinica,

Ambulatorio) a mezzo di autoambulanza, di aereo o elicottero.

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

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

La prestazione è valida solo se è attiva in Polizza la garanzia Invalidità permanente da Infortunio.

Questa prestazione opera fino all'importo massimo di € 2.500,00 per Sinistro.

ART. 74 - DANNI ESTETICI (ATTIVA SE RICHIAMATA IN POLIZZA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO)

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato entro 365 giorni dall'Infortunio con conseguenze di carattere estetico, ma non indennizzabile a titolo di Invalidità permanente da Infortunio, per le cure, le applicazioni e per gli interventi di chirurgia plastica ed estetica effettuati allo scopo di ridurre o 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.

La prestazione è valida solo se è attiva in Polizza la garanzia Invalidità permanente da Infortunio.

Questa prestazione opera fino all'importo massimo di € 5.000,00 per Sinistro.

ART. 75 - PERDITA ANNO SCOLASTICO (ATTIVA SE RICHIAMATA IN POLIZZA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO)

Groupama Assicurazioni corrisponde un Indennizzo, in favore degli **Assicurati di età inferiore a 20 anni, regolarmente iscritti alle scuole di istruzione primaria o secondaria**, a copertura delle spese per il recupero dell'anno scolastico perso a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza.

L'Indennizzo viene corrisposto se a seguito dell'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato sia impossibilitato alla frequenza delle lezioni per un periodo che, secondo le disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato solo su presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza di tali assenze.

La prestazione deve intendersi valida solo se è attiva in Polizza la garanzia Invalidità permanente da Infortunio.

Questa prestazione opera fino all'importo massimo di € 1.000,00 per Sinistro.

ART. 76 - COLLABORATRICE/COLLABORATORE FAMILIARE (ATTIVA SE RICHIAMATE IN POLIZZA LE GARANZIE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO, INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO, INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO)

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, che convive con i propri figli, minori o con disabilità, per le prestazioni di una collaboratrice/un collaboratore familiare regolarmente assunta/o, nel rispetto delle norme sul collocamento, incaricata/o della custodia ed assistenza dei figli, minori o con disabilità.

La garanzia è prestata nei casi di:

- Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, che si sia protratto **per almeno 6 giorni**

continuativi, e conseguente ad Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza,

- Gessatura, anche senza Ricovero, conseguente ad Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza.

Questa garanzia è prestata per un periodo pari a quello della degenza o della Gessatura, **con il massimo di 30 giorni complessivi per Sinistro e per anno assicurativo.**

La prestazione è valida **solo se sono attive in Polizza le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero da Infortunio, Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero da Infortunio, Indennità Giornaliera da Gessatura da Infortunio.**

Questa prestazione opera fino all'importo giornaliero di € 40,00.

COSA NON È ASSICURATO



ART. 77 - ESCLUSIONI

Le garanzie del settore Infortuni non operano se questo è avvenuto durante:

- a) l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore (compresa la moto d'acqua):
 - 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 o natante a motore (compresa la moto d'acqua) se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni di legge o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti per ottenere il rinnovo;
 - c) la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ebrezza;
 - d) la guida o l'uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dall'art. 70 ➡ 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 UIAA o di grado equivalente, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard acrobatico, sci o snowboard estremo (intesi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti, non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita), bob, snow-kite, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera (free solo e free climbing), salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere, base jumping, downhill, parkur, regate veliche in mare diverso dal Mediterraneo;
 - f) competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti federazioni sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey, ciclismo, pallavolo, pallamano, pallacanestro, triathlon e duathlon, salvo quanto disposto dall'art. 71 ➡ Rischio sportivi con particolari limitazioni;
 - 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.
- In aggiunta alle esclusioni di cui ai precedenti punti, le garanzie del settore Infortuni non operano quando sono causati da:
- i) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
 - j) ebbrezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'Assicurato, o in caso di uso terapeutico, assunti con modalità e posologie diverse da quelle prescritte dal medico;
 - k) atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e/o dal beneficiario;
 - l) movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dall'art. 55 ➡ Rischio calamità naturali;

- m) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal ministero degli esteri, salvo quanto disposto dall'art. 72 ➡ Rischio guerra;
- n) 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.).
- Inoltre, le garanzie Infortuni non operano per:
- o) gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie diverse da quelle previste all'art. 22 ➡ Cosa è assicurato - Oggetto dell'Assicurazione, lettera n);
- p) le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo;
- q) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale o prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione, e relative conseguenze, fatta eccezione per quanto previsto dalle garanzie Rimborsio spese di cura (art. 60 ➡ Rimborsio spese di cura) e Cure fisioterapiche da Infortunio (art. 62 ➡ Cure fisioterapiche da Infortunio).



Groupama Assicurazioni non è tenuta a fornire la copertura assicurativa e non è 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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

ART. 78 - SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE INFORTUNI

Groupama Assicurazioni gestisce i Sinistri delle garanzie del Settore Infortuni, **ad eccezione di quelli relativi alla garanzia:**

- Gravi ricoveri (art. 46 ➡ Gravi Ricoveri), **se determinati da Malattia** per cui Groupama Assicurazioni ha affidato il servizio di gestione e liquidazione dei Sinistri a **My Assistance** (art. 109 ➡ Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute).



ART. 79 - DENUNCIA DEL SINISTRO - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

Fermo quanto previsto dall'art. 9 ➡ Altre assicurazioni, la denuncia dell'Infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento 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 è fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Groupama Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire a Groupama Assicurazioni le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del Sinistro, su richiesta di Groupama Assicurazioni gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto da Groupama Assicurazioni e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta di Groupama Assicurazioni, 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 hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 80 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Groupama Assicurazioni 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 se l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

ART. 81 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato, ad avvenuta stabilizzazione dei postumi, muore per causa indipendente dall'Infortunio denunciato e prima che l'Indennizzo è corrisposto, Groupama Assicurazioni, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- l'importo offerto in misura determinata, in assenza di liquidazione;
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'Invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi, in assenza di offerta in misura determinata.

L'Indennizzo per l'Invalidità permanente da Infortunio è calcolato in relazione al grado di Invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 24  Invalidità permanente da Infortunio.

Se è resa operativa una diversa opzione di liquidazione della garanzia Invalidità permanente da Infortunio, l'Indennizzo è liquidato secondo quanto da essa previsto.

In caso di Stato Vegetativo Persistente, ai fini di liquidazione, è necessario presentare la documentazione medica attestante lo Stato Vegetativo Persistente.

ART. 82 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA E RELATIVE FRANCHIGIE

L'indennità per Inabilità temporanea è 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 è effettuata previa deduzione dal periodo di Inabilità temporanea dei giorni di Franchigia indicati in Polizza.

ART. 83 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE DI CURA E CURE FISIOTERAPICHE DA INFORTUNIO

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. 60  Rimborso spese di cura e all'art. 62  Cure fisioterapiche da Infortunio, il rimborso è effettuato **a cura ultimata, su presentazione degli originali, delle relative fatture, distinte e ricevute fiscalmente valide e quietanzate.** Groupama Assicurazioni, a richiesta, restituisce gli originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Se l'Assicurato e/o il Contraente hanno presentato a terzi l'originale delle fatture, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, Groupama Assicurazioni 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.**

ART. 84 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA PER DANNI ESTETICI

Groupama Assicurazioni effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di Polizza, **su**

presentazione di copia conforme della Cartella Clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che verranno restituite dopo da Groupama Assicurazioni, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, Groupama Assicurazioni effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di Polizza, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture per le spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.**



ART. 85 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli art. 1 ➡ Durata e scadenza dell'Assicurazione, art. 2 ➡ Pagamento del Premio e decorrenza delle garanzie, art. 3 ➡ Indicizzazione, art. 4 ➡ Adeguamento del premio in base all'età dell'Assicurato, art. 7 ➡ Aggravamento del Rischio e art. 77 ➡ Esclusioni, se nel corso del contratto l'Assicurato cambia attività professionale e non lo comunica a Groupama Assicurazioni, in caso di Infortunio nello svolgimento della diversa attività dichiarata:

- se la diversa attività non aggrava il Rischio l'Indennizzo è corrisposto integralmente;
- **se la diversa attività aggrava il Rischio, l'Indennizzo è corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella che segue.**

La classe professionale dell'attività svolta dall'Assicurato si determina facendo riferimento all'Allegato "Elenco delle attività professionali". Per la classificazione di attività professionali non specificate in elenco, valgono criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività professionale elencata.

		CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
		A	B	C	D
ATTIVITÀ SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	A	100%	100%	100%	100%
	B	70%	100%	100%	100%
	C	55%	75%	100%	100%
	D	35%	50%	65%	100%



ART. 86 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenze sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio o sul grado o durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 80 ➡ Criteri di indennizzabilità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, è 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. 87 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, Groupama Assicurazioni, a titolo di acconto, su richiesta del Contraente o dell'Assicurato, anticipa:

a) l'Indennizzo maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:

- **Inabilità temporanea totale ininterrotta di almeno 45 giorni;**
- **Indennità Giornaliera da Ricovero, Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero, Indennità Giornaliera da Gessatura di almeno 30 giorni;**
- **Rimborso spese di cura.**

b) fino ad 1/3 del presumibile Indennizzo in caso di:

- **Invalidità permanente, stimata da Groupama Assicurazioni superiore al 20% in base alla documentazione acquisita e sempre che siano decorsi almeno 150 giorni dalla data di presentazione della denuncia.**

L'anticipo di cui sopra è erogato solo se **non sono sorte contestazioni sull'operatività delle garanzie, entro 45 giorni dalla richiesta, ed una sola volta per Sinistro.**

ART. 88 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo che risulta dovuto, Groupama Assicurazioni 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 previsti per le garanzie:

- Rimborso spese di cura (art. 60),
- Rimborso spese di cura per danni estetici (art. 61),
- Cure fisioterapiche da infortunio (art. 62),
- Spese di soccorso (art. 73),
- Danni estetici (art. 74),

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.

SETTORE SALUTE

ART. 89 - CHI È ASSICURATO

È assicurabile la singola persona, il suo nucleo familiare, i soci (non dipendenti) d'azienda e il loro nucleo familiare.

L'Assicurato o gli Assicurati sono individuati per nome in Polizza con l'indicazione del le relative garanzie attive.



ART. 90 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula della Polizza, a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, sono affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Al manifestarsi di tali condizioni in corso di contratto, l'Assicurazione stessa termina all'istante (art. 1898 C.C.), senza l'obbligo per Groupama Assicurazioni di corrispondere Indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, Groupama Assicurazioni restituisce al Contraente la parte di Premio netto già pagata e non goduta. Il Premio pagato e non goduto è quella parte di Premio 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.

Indennizzo forfettario in caso di A.I.D.S. (attivo per le garanzie Invalidità permanente da Malattia e Grandi Interventi Chirurgici)



Se l'Assicurato manifesta e ha la prima diagnosi di sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) durante il periodo di validità della Polizza, Groupama Assicurazioni riconosce un importo una tantum di 5.000,00 € e la copertura assicurativa cessa di avere effetto dalla data di insorgenza della patologia.

ART. 91 - COSA È ASSICURATO

Sono assicurabili le alterazioni dello stato di salute conseguenti a Malattia.

LE GARANZIE MALATTIA

(ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 92 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Groupama Assicurazioni corrisponde un'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri specificati di seguito, in caso di Malattia diagnosticata nel periodo di validità della Polizza, e che comporta un'Invalidità Permanente, manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurazione.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia

La percentuale di Invalidità Permanente da Malattia è 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 citata Tabella, la percentuale di Invalidità è stabilita in sede di visita medico legale e verrà liquidata in pari misura sulla base del massimale di Polizza, detratte le eventuali franchigie previste nel contratto.

Per organi o arti che hanno subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di Invalidità previste dalla Tabella per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita di 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 indicate nella Tabella sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.**

La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o 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 da parte dei Groupama Assicurazioni avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese dalla data di manifestazione della Malattia.

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

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

Le Invalidità permanenti da Malattia già indennizzate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di aggravamento, sia in caso di compresenza con nuove Malattie.

Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

Groupama Assicurazioni corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola Malattia denunciata.

Sono escluse le infermità preesistenti o l'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

GARANZIA OPZIONALE RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVA SE RICHIAMATA IN POLIZZA)

ART. 93 - RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Groupama Assicurazioni riconosce all'Assicurato, a cui è riconosciuta **un'Invalidità permanente da Malattia di grado pari o superiore al 66% del totale** (accertata in base ai criteri indicati all'art. 92  Invalidità permanente da Malattia), una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in Polizza, in aggiunta all'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica Polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. **Tale contratto non è riscattabile.**

L'effetto della Polizza vita coincide con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'Invalidità Permanente da Malattia, come previsto all'art. 92  Invalidità permanente da Malattia. **Il pagamento della prima rata della rendita è effettuato dodici mesi dopo l'effetto della Polizza vita.**

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, è corrisposta all'Assicurato per tutta la sua vita.

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS E INFARTO

ART. 94 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

Groupama Assicurazioni corrisponde un'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri specificati di seguito, in caso di Ictus cerebrale o Infarto miocardico, verificatosi nel periodo di validità della Polizza, e che comportino un'Invalidità Permanente, manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurazione.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Ictus o Infarto. 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 citata Tabella, la percentuale di Invalidità è stabilita in sede di visita medico legale e verrà liquidata in pari misura sulla base del massimale di polizza, detratte le eventuali franchigie previste nel contratto.

L'accertamento da parte di Groupama Assicurazioni avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese dalla data di manifestazione 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 Codice Civile). Le Invalidità permanenti già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di aggravamento, sia in caso di compresenza con nuove malattie.

Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Ictus o Infarto Miocardico

Groupama Assicurazioni corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola Malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse le infermità preesistenti o l'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 è 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	1	54	54
26	3	55	55
27	5	56	56
28	7	57	57
29	9	58	58
30	11	59	59
31	13	60	60
32	15	61	61
33	17	62	62
34	19	63	63
35	21	64	64
36	23	65	65
37	25	66	66
38	27	67	68
39	29	68	70
40	31	67	68
41	33	68	70
42	35	69	72
43	37	70	74
44	39	71	78
45	41	72	78
46	43	73	80
47	45	74	82
48	47	75	84
49	49	76	86
50	50	77	88
51	51	78	90
52	52	79	92
53	53	> = 80	100

OPZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO CON RIDUZIONE DI PREMIO (ATTIVA SE RICHIAMATA IN POLIZZA)

ART. 95 - OPZIONE Q - FRANCHIGIA E SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

Fatta eccezione per quanto previsto dall'art. 94 ⇨ Invalidità permanente da Ictus o Infarto, con riferimento a "Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Ictus o Infarto", la liquidazione dell'Indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, come segue:

- **non viene riconosciuto alcun Indennizzo per Invalidità permanente accertata inferiore al 60%;**
- **viene riconosciuto un Indennizzo pari al 100% per Invalidità permanente pari o superiore al 60%.**

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ART. 96 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di Grande intervento chirurgico, Groupama Assicurazioni rimborsa all'Assicurato, fino all'importo del massimale indicato in Polizza, le spese sostenute: prima, durante e dopo il periodo di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico come di seguito descritto.

Il massimale riportato in Polizza costituisce la somma massima, per Assicurato e per Sinistro, fino alla quale Groupama Assicurazioni presta la garanzia.

Prima del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato la necessità del Grande Intervento Chirurgico per:

- a) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti l'inizio del Ricovero**;
- b) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura con il limite di € 2.500,00 per Sinistro, comprensivo anche del ritorno al proprio domicilio indicato alla successiva lettera l).

Durante il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- d) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
- f) rette di degenza;
- g) rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero indicato in Polizza, per un periodo massimo pari alla durata del Ricovero e con esclusione del parto;
- h) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al Ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- i) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, **con il limite di € 2.500,00 per Sinistro.**

Dopo il Ricovero per Grande Intervento Chirurgico

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, se inerenti la Malattia, l'Infortunio, il parto o l'Aborto Terapeutico che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico, per:

- j) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute **nei 120 giorni successivi al termine del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**. Se l'Intervento Chirurgico subito è riconducibile a neoplasie maligne, tale termine viene **esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico** e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
- k) spese per l'acquisto o il noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori ortopedici e per l'acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche. Tali spese

devono essere effettuate **nei 120 giorni successivi alla fine del Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, con il limite di € 2.500,00 per Assicurato e per anno assicurativo;**

l) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'Istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio, **con il limite complessivo per Sinistro indicato alla precedente lettera b);**

m) l'acquisto di Alimenti a Fini Medici Speciali (AFMS), dietro prescrizione medica, nel limite di 100,00 euro per sinistro e anno assicurativo.

Indennità sostitutiva

L'Assicurato, se non richiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o si ricovera utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha diritto a un'indennità giornaliera di € 150,00, per ciascun giorno di Ricovero dovuto a Grande Intervento Chirurgico, con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata.



Le spese sostenute presso strutture non convenzionate sono rimborsate al netto dello Scoperto del 20% con il massimo di € 10.000,00.

OPZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CON RIDUZIONE DI PREMIO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 97 - ABOLIZIONE INDENNITA' SOSTITUTIVA

A parziale deroga dell'art. 96 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici, con l'attivazione della seguente opzione, l'indennità sostitutiva non viene riconosciuta.

ART. 98 - MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga dell'art. 96 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici, il massimale di € 300.000,00 è previsto come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in Polizza che hanno attiva la garanzia Grandi Interventi Chirurgici.

ART. 99 - APPLICAZIONE DELLO SCOPERTO E DELLA FRANCHIGIA IN STRUTTURE CONVENZIONATE

A parziale deroga dell'art. 96 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici, in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, l'applicazione dello Scoperto previsto in caso di ricorso a Istituti di cura e/o medici non convenzionati viene applicato anche nei casi in cui l'Assicurato decida di ricorrere a Istituti di cura e/o medici convenzionati.

GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA

ART. 100 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in Polizza per ciascun giorno di Ricovero (o di Day Hospital / Day Surgery), avvenuto nel corso del periodo di validità del contratto e documentato da Cartella Clinica, salvo quanto diversamente indicato all'art. 113 ⇨ Criteri di liquidazione delle Indennità giornaliere, per

una **durata massima di 365 giorni per Sinistro**, nei casi di:

- Ricovero reso necessario da Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico;
- Day Hospital o Day Surgery, reso necessario da Malattia o Infortunio.

L'importo giornaliero assicurato **è raddoppiato** nei casi di Ricovero:

- dovuto a grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato 1 Elenco Grandi Interventi Chirurgici;
- dovuto a trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva.

L'importo giornaliero assicurato **è riconosciuto in misura dimezzata e per un solo giorno** 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.

Infine, nei casi di:

- parto senza taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfettariamente per tre giorni**, anche se vi sono state complicanze;
- parto con taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfettariamente per cinque giorni**, anche se vi sono state complicanze.

L'importo giornaliero Assicurato è riconosciuto anche nel caso di permanenza dell'Assicurato in Osservazione Breve Intensiva (c.d. OBI), opportunamente certificata nell'ambito della documentazione di pronto soccorso, comportante almeno un pernottamento e con il limite massimo di due giorni per evento.

GARANZIE OPZIONALI RELATIVE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO (ATTIVE SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 101 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, indicato in Polizza, nel caso di Gessatura dovuta ad Infortunio e Malattia con o senza Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza.

L'importo giornaliero viene corrisposto per ogni giorno di Gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione, **per un periodo massimo di 60 giorni**.

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 è corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 60 giorni per Sinistro;
- immobilizzazione delle dita, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 20 giorni per Sinistro.

Se dopo la rimozione della Gessatura sia prescritta una degenza domiciliare di almeno 5 giorni, Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un ulteriore importo giornaliero, pari al 25% di quello indicato in Polizza per l'indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia, **per un massimo di:**

- **€ 2.000,00 per Sinistro** in caso di degenza domiciliare a seguito di rimozione di Gessatura dovuta a Infortunio;

- **10 giorni per Sinistro** in caso di degenza domiciliare a seguito di rimozione di Gessatura dovuta a Malattia.

In caso di Gessatura conseguente ad Infortunio e Malattia con Ricovero, l'Assicurato può scegliere, in alternativa alla Convalescenza forfettaria, l'Indennità Giornaliera da Convalescenza post Ricovero, se prevista in Polizza.

L'indennità è corrisposta se l'applicazione dei mezzi di immobilizzazione, di seguito elencati, è prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni prescritti dallo specialista stesso, fermi i limiti sopra indicati, in caso di:

- immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario;
- utilizzo di fissatori esterni;
- utilizzo di stecche digitali.

Tali mezzi di immobilizzazione devono avere le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la relativa applicazione deve essere 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 giornaliera da Gessatura di cui al presente articolo non è cumulabile con l'indennità giornaliera da Convalescenza Post Ricovero da Infortunio e Malattia di cui all'art. 102 ➡ Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia.

ART. 102 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA

Groupama Assicurazioni corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero, per ogni giorno di Convalescenza, a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di cura, per un periodo non superiore a tre volte quello del Ricovero stesso, **con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro. In caso di Convalescenza Post Ricovero da Infortunio, l'indennità giornaliera da convalescenza post Ricovero è corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di con il limite massimo di 20 giorni per Sinistro o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero di giorni non superiore a 3 volte quelli di ciascun Ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro.**

L'importo giornaliero assicurato è corrisposto per un periodo non superiore a quattro volte quello del Ricovero stesso, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro**, nei casi di Ricovero:

- dovuto a grande Intervento Chirurgico;
- per trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- in reparti di terapia intensiva.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, reso necessario da Infortunio e Malattia, l'importo giornaliero assicurato **è dimezzato**.

Infine, nei casi di:

- parto senza taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfettariamente per due giorni**, anche se vi sono state complicanze;
- parto con taglio cesareo, l'importo giornaliero assicurato è corrisposto **forfettariamente per cinque giorni**, anche se vi sono state complicanze.

L'indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia è corrisposta se la degenza domiciliare è necessaria alla guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi. La degenza domiciliare deve essere prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante e non è dovuta se l'Assicurato riprende la sua attività lavorativa.

ESTENSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA, INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA, INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA DA INFORTUNIO E MALATTIA SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ART. 103 - COLLABORATRICE/COLLABORATORE FAMILIARE

Groupama Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, che convive con i propri figli, minori o con disabilità, per le prestazioni di una collaboratrice/un collaboratore familiare regolarmente assunta/o, nel rispetto delle norme sul collocamento, incaricata/o della custodia ed assistenza dei figli, minori o con disabilità. La garanzia è prestata nei casi di:

- Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, che si sia protratto **per almeno 6 giorni continuativi**, e conseguente ad Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza,
- Gessatura, anche senza Ricovero, conseguente ad Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza.

Questa garanzia è prestata per un periodo pari a quello della degenza o della Gessatura, **con il massimo di 30 giorni complessivi per Sinistro e per anno assicurativo.**

La prestazione è valida solo se sono attive in Polizza le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia, Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero da Infortunio e Malattia, Indennità Giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia.

Questa prestazione opera fino all'importo giornaliero di € 40,00.

OPZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO E INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA CON RIDUZIONE DI PREMIO (ATTIVA SE RICHIAMATE IN POLIZZA)

ART. 104 - ESCLUSIONE DELLE PRESTAZIONI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

A parziale deroga dell'art. 100 ⇨⇨⇨ Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia e art. art. 102 ⇨⇨⇨ Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia, sono escluse le prestazioni previste dagli stessi articoli in caso di Ricovero, Day Hospitali, Day Surgery e Intervento Chirurgico ambulatoriale rese necessarie da Infortunio.

COME POSSO ASSICURARMI



ART. 105 - INFORMAZIONI INERENTI ALLO STATO DI SALUTE

Le Garanzie del Settore Salute sono prestate solo a fronte della compilazione **della sezione B "Dichiarazioni Assicurato" del Questionario sanitario** e, in funzione delle garanzie e dei massimali prescelti, è prevista la **sottoscrizione di una Dichiarazione sanitaria o la compilazione e sottoscrizione della sezione C "Notizie sullo stato di salute dell'Assicurato" del Questionario Sanitario, eventualmente anche con esame obiettivo del medico curante.**

Le dichiarazioni rese costituiscono parte integrante ed imprescindibile del contratto: la loro mancanza rende inoperanti le garanzie per cui è richiesto.



ART. 106 - TERMINI DI CARENZA

Le garanzie Invalidità permanente da Malattia e Invalidità permanente da Ictus o Infarto decorrono dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Le altre garanzie del settore Salute decorrono:

- dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione per gli Infortuni;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le malattie;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di Infortuni, Malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati a Groupama Assicurazioni e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 108
⇒ Rischi assicurabili con patto speciale;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per l'Aborto Terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- dal 180° giorno successivo per gli Infortuni e le Malattie che sono 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 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto.

Se la Polizza è stata emessa in sostituzione, senza interruzioni temporali della copertura, di altra Polizza stipulata con Groupama Assicurazioni riguardante analoghe garanzie, i Termini di carenza 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 la presente Assicurazione, solo per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto i Termini di carenza decorrono dalla data della variazione.

COSA NON È ASSICURATO



ART. 107 - ESCLUSIONI

Le garanzie del settore Salute non operano per:

a) conseguenze dirette di

- Infortuni, Malattie, Malformazioni e degli stati patologici, che danno origine a cure o esami o diagnosi o che hanno comportato sintomatologie significative o ricorrenti, tali da essere comunque note all'Assicurato anteriormente alla stipula del contratto e non dichiarati, con dolo o colpa grave, nelle dichiarazioni sanitarie o nel Questionario sanitario richiesto alla sottoscrizione di un nuovo contratto o in caso di sostituzione/variazione di un contratto già in essere. Tale esclusione trova applicazione anche qualora le malattie e gli stati patologici siano stati oggetto di liquidazione da parte di Groupama Assicurazioni, o comunque alla stessa denunciate;
- malattie e stati patologici dichiarati sul Questionario sanitario ed espressamente esclusi da Groupama Assicurazioni con specifica clausola;
- infortuni accaduti antecedentemente alla stipula del contratto o antecedentemente alla sostituzione/variazione di un contratto già in essere;

b) le prestazioni sanitarie sostenute dopo la data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, nonché le indennità per ricovero, convalescenza post ricovero e gessatura necessarie dopo la scadenza, anche se la Malattia si è manifestata durante il periodo di validità della garanzia, ad eccezione delle prestazioni sostenute dopo il Ricovero per

Grande Intervento Chirurgico avvenuto durante il periodo di validità della garanzia (art. 96 ➡ Grandi Interventi Chirurgici);

- c) le preesistenti infermità o Invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- d) le intossicazioni e le patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico;
- e) le prestazioni sanitarie, le cure e gli infortuni conseguenti a malattie mentali e disturbi psichici quali classificati all'interno del DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) e successive eventuali modifiche, come ad esempio i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore, le forme maniacodepressive (Disturbo bipolare I e II), Disturbi dell'alimentazione (Anoressia e Bulimia) e Disturbi del neurosviluppo, le sindromi organiche cerebrali quali l'Alzheimer, Demenza Senile, Pre Senile, nonché Parkinson;
- f) le prestazioni sanitarie e le 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 prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per 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;
- h) le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici;
- i) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione, e relative conseguenze;
- j) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva;
- k) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie operano, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato);
- l) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- m) le conseguenze di insurrezione o guerra di qualsiasi natura, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche (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);
- n) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o assestamenti del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- o) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche derivanti da atto di terrorismo o guerra;
- p) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero;
- q) le conseguenze di manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano, richiamo alle armi per mobilitazione;
- r) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- s) le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- t) le cure cellulo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- u) le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da Infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'Intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- v) le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o da neoplasie maligne);

- w) 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;
- x) le degenze in case di riposo, di Convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
- y) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- z) gli Infortuni:
- causati da ebbrezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'Assicurato;
 - avvenuti durante l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore (compresa la moto d'acqua) in pista o in percorsi di gara e in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
 - derivanti dalla 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 UIAA o di grado equivalente, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard acrobatico, sci o snowboard estremo (intesi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti, non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita), bob, snow-kite, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera (free solo e free climbing), salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere, base jumping, downhill, parkur, regate veliche in mare diverso dal Mediterraneo.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni dovute a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alla lettera a) si applica con riguardo alla data della variazione, invece che a quella di stipula dell'Assicurazione.



Groupama Assicurazioni non è tenuta a pagare un Sinistro in applicazione della presente Polizza nel caso in cui l'operatività delle Garanzie espongano Groupama Assicurazioni a qualsiasi sanzione, divieto o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 108 - RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Secondo quanto previsto all'art. 107 ➡ Esclusioni , lettera a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare a Groupama Assicurazioni, al momento della stipula del contratto, gli Infortuni, le Malattie, i Difetti fisici, le Malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula della Polizza, l'eventuale Assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e patologie preesistenti può essere prestata solo con patto speciale, che deve risultare esplicitamente in Polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO MALATTIA



ART. 109 - SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE SALUTE

Groupama Assicurazioni gestisce i Sinistri delle garanzie del Settore Salute, ad eccezione delle garanzie:

- Gravi ricoveri (art. 46 ➡ Gravi Ricoveri), se determinati da Malattia
- Grandi Interventi Chirurgici (art. 96 ➡ Grandi Interventi Chirurgici)
- Indennità giornaliera da Ricovero da Infortunio e Malattia, se determinata da Malattia
- Indennità giornaliera da Gessatura da Infortunio e Malattia, se determinata da Malattia
- Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero da Infortunio e Malattia, se determinata da Malattia

per cui Groupama Assicurazioni ha affidato il servizio di gestione e liquidazione dei Sinistri a:



My Assistance S.r.l
Via Montecuccoli 20-21 - 20147 Milano

My Assistance provvede:

- alla gestione del network di strutture sanitarie convenzionate presso le quali, solo per la garanzia Grande Intervento Chirurgico, è possibile usufruire in modalità Diretta delle prestazioni sanitarie, senza alcun esborso preventivo dell'Assicurato o con pagamento del solo Scoperto/Franchigie esplicitati in Polizza;
- al rimborso delle altre prestazioni sanitarie eseguite con il Servizio Sanitario Nazionale, oppure presso strutture non convenzionate o presso strutture convenzionate senza preventiva autorizzazione di My Assistance, per le restanti garanzie sopra elencate.

Il Contraente e gli Assicurati possono attivare le prestazioni previste per la garanzia Grande Intervento Chirurgico contattando My Assistance ai seguenti recapiti:



numero verde nazionale gratuito, accessibile da telefono fisso: 800.303.007



numero alternativo per chiamate da cellulare e dall'estero: 0039.02.303.500.002



e-mail: retail.groupama@myassistance.it

Il servizio telefonico è operativo tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle 18:00. Groupama Assicurazioni, lasciando invariati le garanzie e i limiti previsti dal contratto, può affidare il servizio di gestione e liquidazione dei Sinistri Malattia ad altra società di gestione autorizzata ai termini di legge. In tal caso, la denominazione della nuova società viene prontamente comunicata al Contraente, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Groupama Assicurazioni e MY Assistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie convenzionate. Pertanto, il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi solamente alle strutture (Istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.



ART. 110 - DENUNCIA DEL SINISTRO - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

Sante quanto previsto all'art. 11 ➡ Obblighi in caso di Sinistro, in caso di Sinistro derivante da Malattia, l'Assicurato deve:

- consentire le indagini e gli accertamenti necessari;
- su richiesta di Groupama Assicurazioni, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati;
- fornire ogni informazione e produrre la Cartella Clinica completa, dei certificati, delle diagnosi, dei referti e di ogni altra Documentazione Medica richiesta;
- sciogliere 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.

Equivale a denuncia del Sinistro la richiesta, effettuata dall'Assicurato alla Società di Gestione dei Sinistri Malattia, per l'attivazione della prestazione sanitaria in forma Diretta prevista dalla garanzia Grandi Interventi Chirurgici (art. 96 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici).
A tale scopo, la richiesta dell'assicurato deve essere completa della documentazione specificata al successivo art. 112 ⇨ Criteri di liquidazione Grandi Interventi Chirurgici.



ART. 111 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA E INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

Groupama Assicurazioni, compiuti gli accertamenti del caso, provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Se l'Assicurato, ad avvenuta stabilizzazione dei postumi, muore per causa indipendente dalla Malattia denunciata e prima che l'Indennizzo sia stato corrisposto, Groupama Assicurazioni, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- l'importo offerto in misura determinata, in assenza di liquidazione;
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'Invalidità Permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi, in assenza di offerta in misura determinata o di accertamento con visita medico-legale da parte di Groupama Assicurazioni.



ART. 112 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I Sinistri della garanzia Grandi Interventi Chirurgici (art. 96 ⇨ Grandi Interventi Chirurgici) sono gestiti da My Assistance, di cui all'art. 109 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute.

Per la garanzia Grandi Interventi Chirurgici **sono possibili i seguenti criteri di liquidazione:**

- **assistenza Diretta presso strutture sanitarie e medici convenzionati;**
- **assistenza Diretta parziale con utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati;**
- **rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza diretta**
- **utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale**
- **richiesta dell'indennità sostitutiva**

Assistenza Diretta con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati

Per attivare l'assistenza Diretta, **l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa di My Assistance**, secondo le modalità descritte all'art. 109 ⇨ Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute.

La richiesta di attivazione della prestazione usufruibile in forma Diretta deve essere formulata **almeno due giorni lavorativi prima della data della prestazione.**

Per la corretta denuncia del Sinistro con assistenza Diretta **è necessario fornire:**

- copia della prescrizione medica contenente la patologia accertata o presunta, le prestazioni richieste;
- copia del piano di cure;
- il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che provi oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.), qualora le prestazioni siano rese necessarie da Infortunio.

Per accertare il diritto alla prestazione My Assistance può richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni già effettuate e relative al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del Sinistro.

My Assistance, verificata l'ammissibilità della richiesta, fornisce apposita comunicazione di autorizzazione alla Struttura sanitaria presso la quale la prestazione deve aver luogo e all'Assicurato; provvede poi direttamente al pagamento delle spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, fermi eventuali limiti di indennizzo, Scoperti / Franchigie che restano a carico dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato eventuali spese riferite a prestazioni non autorizzate dalla Centrale Operativa e/o non incluse nella copertura assicurativa.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività dell'assistenza Diretta. In mancanza delle autorizzazioni di cui sopra, Groupama Assicurazioni rimborsa la spesa sostenuta dall'Assicurato entro i limiti d'indennizzo previsti dal contratto e con applicazione degli eventuali Scoperti / Franchigie.

Il pagamento che Groupama Assicurazioni effettua alla Struttura sanitaria convenzionata solleva la Società stessa nei confronti della stessa Struttura sanitaria e dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare alcuna pretesa per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto Groupama Assicurazioni abbia già corrisposto. L'assistenza Diretta non pregiudica il diritto di groupama Assicurazioni a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

L'attivazione dell'assistenza Diretta e la conferma da parte della Centrale Operativa non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del Sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.

In caso di autorizzazione all'assistenza Diretta, qualora si dovesse accertare in seguito la non validità del contratto di assicurazione o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, Groupama Assicurazioni ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate alle Strutture sanitarie convenzionate se già saldate, oppure dovrà corrispondere direttamente alle strutture le somme dovute per le prestazioni effettuate presso di queste.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Assistenza Diretta parziale con utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati

Se l'Assicurato sceglie di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati **è possibile attivare l'assistenza Diretta parziale.**

In questo caso l'Assicurato deve:

- attivare l'assistenza Diretta per la scelta della struttura sanitaria, come descritto sopra; con pagamento diretto del costo della struttura da parte di My Assistance;
- provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e in seguito richiedere a My Assistance il rimborso, secondo le modalità descritte all'art. 109 ➡ Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute.

Rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta

Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni:

- non eseguibili in regime di assistenza Diretta;

oppure

- per le quali l'Assicurato ha scelto di avvalersi di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati;

oppure

- per le quali, pur avvalendosi di strutture sanitarie e medici convenzionati,

l'Assicurato non ha richiesto e/o ottenuto l'autorizzazione preventiva dalla Centrale operativa;

l'Assicurato o i suoi familiari devono chiederne il rimborso alla Centrale Operativa, secondo le modalità descritte all'art. 109 ➡ Soggetti di riferimento per la gestione dei Sinistri del settore Salute.

Alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della Cartella Clinica completa.

Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni già effettuate e che siano connesse allo stesso evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del Sinistro.

La Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta di rimborso provvede allo stesso fermi i limiti di indennizzo e previa applicazione dell'eventuale Scoperto/Franchigia previsti.

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione prevista dal presente contratto, è tenuto a fornire a My Assistance l'evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. My Assistance paga la prestazione richiesta solo per la parte di spesa effettivamente sostenuta dall'Assicurato, al netto di quanto a carico dei suddetti terzi e, comunque, fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o Assicuratore non eccede il costo sostenuto per quella prestazione.

Utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale

Se l'Assicurato vuole avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società di Gestione dei Sinistri Malattia provvede a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva, ove prevista. La richiesta di rimborso deve aver luogo nelle modalità descritte per il criterio del rimborso delle prestazioni non usufruite in assistenza Diretta.

Richiesta dell'indennità sostitutiva

Se l'Assicurato sceglie di richiedere l'indennità sostitutiva, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire alla Centrale Operativa, copia conforme dell'originale della Cartella Clinica completa. **Ai fini dell'accertamento del diritto alla prestazione la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni già effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del Sinistro.**



ART. 113 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITÀ GIORNALIERE

Per il riconoscimento delle indennità giornaliera, la richiesta deve essere completa della seguente documentazione.

- **Indennità giornaliera da Ricovero:** l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della Cartella Clinica completa. In caso di Day Hospital o Day Surgery conseguenti a Infortunio, in luogo della Cartella Clinica è richiesta la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O). In caso di permanenza in Osservazione Breve Intensiva, la stessa deve essere documentata da specifica scheda facente parte integrante della documentazione di pronto soccorso, da fornire unitamente alla richiesta dell'indennità giornaliera.
- **Indennità giornaliera da Convalescenza post Ricovero:** l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire, oltre a quanto sopra specificato per il Ricovero, copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della Convalescenza. L'eventuale prolungamento della Convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
- **Indennità giornaliera da Gessatura:** l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della Gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino

Gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso).

Per accertare il diritto alla prestazione Groupama Assicurazioni o My Assistance può richiedere ulteriore documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni già effettuate e che siano connesse al medesimo evento e ogni altra documentazione medica, esiti di esame strumentali utili alla corretta valutazione del Sinistro. È quindi facoltà di Groupama Assicurazioni o My Assistance richiedere in caso di Day Hospital o Day Surgery conseguenti a Infortunio, oltre alla S.D.O. la copia conforme della Cartella Clinica completa. In questo specifico caso, il costo della cartella Clinica è rimborsato dietro presentazione del relativo documento di spesa.



ART. 114 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulla misura dell'Indennizzo, 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 e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire 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 arbitrali 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. 115 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo, Groupama Assicurazioni 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 previsti 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.

SETTORE TUTELA LEGALE

CHI E COSA È ASSICURATO

ART. 116 - TUTELA LEGALE

Groupama Assicurazioni, tramite ARAG, assicura **nei limiti del massimale convenuto di € 10.000,00 per ogni Sinistro senza limite annuo** gli oneri relativi ai seguenti eventi.

a) Danni subiti

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti dall'Assicurato per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'Infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

b) Danni subiti a seguito di Ricovero

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti durante il Ricovero presso Istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

c) Danni subiti derivanti da Interventi Chirurgici

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti dall'Assicurato derivanti da Interventi Chirurgici effettuati in occasione di Ricovero per Malattia, Infortunio, parto o Aborto Terapeutico per i quali è prestata la copertura assicurativa prevista dalla Polizza. Con riferimento agli Interventi Chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella Polizza, sono compresi anche quelli effettuati in Day Hospital, Day Surgery e gli Interventi Chirurgici Ambulatoriali. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

d) Controversie per malpractice medica

Sono coperte le spese sostenute dall'Assicurato per la richiesta di risarcimento per danni subiti conseguenti a malpractice medica nei casi di Malattia e Infortunio. Sono coperte anche le spese per la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per le vertenze contrattuali e per quelle extracontrattuali, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

e) Istituti previdenziali/assistenziali

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali.

ART. 117 - AMBITO DELLE PRESTAZIONI E SOGGETTI ASSICURATI

Le garanzie di tutela legale sono prestate a tutela dei diritti di tutte le persone assicurate in Polizza (fino ad un massimo di nove assicurati) ed in essa individuate per nome. Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa Polizza le garanzie sono prestate unicamente a favore del Contraente/Assicurato.

ART. 118 - OGGETTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Le spese coperte nei limiti stabiliti dalla Polizza quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza sono:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la

- controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG;
- spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata fino a due casi per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva per accertare modalità e dinamica dei Sinistri;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione.

Se l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società non copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte.

COSA NON È ASSICURATO



ART. 119 - ESCLUSIONI

Ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, la garanzia Tutela Legale non opera per Sinistri relativi a:

- diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- materia fiscale o amministrativa;
- fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;
- fatti dolosi delle persone assicurate;
- fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- per qualsiasi Sinistro inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
- spese legali e peritali calcolate in base ad accordi tra l'Assicurato ed il professionista;
- spese legali e peritali diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG;
- fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- vertenza con Groupama Assicurazioni;
- adesione ad azioni di classe (class action).



ART. 120 - LIMITI DI ESPOSIZIONE DELLA TUTELA LEGALE

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio.

Nel caso di vertenze tra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Contraente. Per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o territori diversi dall'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Svizzera e Liechtenstein, le prestazioni previste all'art. 116 ➡ Tutela Legale alle lettere a) - b) - c) e d), la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del rimborso massimo di € 5.000.

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.

Le prestazioni vengono fornite agli assicurati in caso di lesioni fisiche, psichiche e/o morali avvenute dopo la data di effetto della presente polizza e conseguenti ad Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico.

La garanzia di Tutela Legale viene prestate a tutela dei diritti di tutti gli Assicurati individuati per nome in Polizza, **fino ad un massimo di 10 Assicurati**.

COSA FARE IN CASO SINISTRO TUTELA LEGALE

ART. 121 - SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DEL SETTORE TUTELA LEGALE

La gestione dei Sinistri della garanzia Tutela Legale è affidata da Groupama Assicurazioni alla società:



ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona

Groupama Assicurazioni, lasciando invariati le garanzie e i limiti previsti dal contratto, può affidare il servizio di Tutela Legale ad altra società di gestione dei Sinistri del ramo Tutela Legale autorizzata ai termini di legge. In tal caso, la denominazione della nuova società viene prontamente comunicata al Contraente, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 122 - INSORGENZA DEL SINISTRO

Per insorgenza del Sinistro si intende **la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza**, come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del Sinistro è **quella in cui si verifica il primo evento dannoso**. Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico Sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso Sinistro, la garanzia opera **con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati** a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del Sinistro il massimale per Sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli Assicurati che hanno ricevuto solo

parzialmente il rimborso delle spese sostenute. La garanzia assicurativa è prestata per i Sinistri che siano insorti durante il periodo di effetto del contratto.



ART. 123 - TERMINI DI DENUNCIA DEL SINISTRO E FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA

L'Assicurato rendendosi parte diligente del contratto deve immediatamente denunciare all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o a Groupama Assicurazioni qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dal presente contratto. La denuncia del Sinistro deve pervenire all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o a Groupama Assicurazioni nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto. Qualora la presente polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Groupama Assicurazioni, il termine di denuncia dei Sinistri decorre per tutte le polizze dalla data di scadenza della polizza più recente. L'Assicurato deve informare l'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o Groupama Assicurazioni in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione. In mancanza Groupama Assicurazioni e/o ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura o nella gestione del Sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.



ART. 124 - GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del Sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.

La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'assicurato ha l'obbligo di fornire.

Per la fase giudiziale l'assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, pertanto ARAG non è responsabile del loro operato.

Le spese per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte solo se preventivamente autorizzate da ARAG.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.



ART. 125 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Groupama Assicurazioni o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali e Periti. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e Groupama Assicurazioni o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Groupama Assicurazioni avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tali procedure.



ART. 126 - RESTITUZIONE DELLE SPESE ANTICIPATE

L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

SETTORE ASSISTENZA

CHI E COSA È ASSICURATO

ART. 127 - SOGGETTI DI RIFERIMENTO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA

La gestione delle prestazioni di Assistenza è stata affidata da Groupama Assicurazioni a Europ Assistance Service S.p.A. Per usufruire delle prestazioni indicate al successivo art. 129 ➡ Cosa è assicurato - Prestazioni di Assistenza, 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



e-mail: prontassistenza.groupama@europassistance.it

indicando:

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

In ogni caso, Groupama Assicurazioni, 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. 128 - CHI È ASSICURATO

È assicurabile la singola persona, il suo nucleo familiare, i soci (non dipendenti) d'azienda e il loro nucleo familiare.

L'Assicurato o gli Assicurati sono individuati per nome in Polizza con l'indicazione delle relative garanzie attive.

ART. 129 - COSA È ASSICURATO - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Groupama Assicurazioni, per il tramite esclusivo della Struttura organizzativa dalla Società di gestione dei servizi di Assistenza, **nei casi di Malattia, Infortunio, parto e aborto terapeutico delle persone assicurate**, mette a loro disposizione il servizio di assistenza, attraverso le seguenti prestazioni:

a) supporto psicologico

Quando, a seguito di Infortunio, l'Assicurato, necessita di un supporto psicologico di un medico. Esso o per lui un suo familiare, può contattare la Struttura organizzativa. Il supporto psicologico, una volta aperto il Sinistro relativo all'Infortunio, consiste nel contatto periodico telefonico **(1 contatto telefonico ogni 2 mesi)** da parte di psicologi designati dalla Struttura organizzativa per tutto il periodo di durata dell'Infortunio.

b) medico on line

Quando, in caso di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non riesce a contattare il proprio medico abituale, può, mettendosi in comunicazione con la Struttura organizzativa, essere messo 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.**

c) reperimento ed invio di un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc....)

Quando l'Assicurato ha urgente necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc.), può contattare la Struttura organizzativa che provvede ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. **Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.**

d) invio di un'ambulanza

Quando, in seguito ad un primo contatto telefonico, il medico abituale dell'Assicurato risulta irreperibile e la Struttura organizzativa giudica indispensabile una visita medica accurata, la Struttura organizzativa provvede a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto Soccorso, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La Struttura organizzativa organizza 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 medico-operativa è a totale discrezione del responsabile medico della Struttura organizzativa.

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura organizzativa non può in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso (servizio di emergenza 112).

La Struttura organizzativa può organizzare e coordinare l'intervento dell'unità di soccorso (servizio 112), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso.

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

e) invio di un medico

Quando l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesce 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 **è valida solo in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

f) prolungamento del soggiorno

Quando a seguito di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso siano costretti a trattenersi anch'essi all'estero, la Struttura organizzativa provvede alle spese per il loro pernottamento in albergo.

La presente prestazione opera **fino a € 100,00 per notte e per persona, e con il limite di € 300,00 per Sinistro.**

g) reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non può disporre per motivi imprevisti, di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, ed è altresì impossibilitato a procurarseli in loco o ottenerne di equivalenti, la Struttura organizzativa provvede, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'invio di detti medicinali. In ogni caso **il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.**

La presente prestazione **è valida solo all'estero.**

h) trasporto sanitario

Nel caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di consultazione tra la Struttura organizzativa ed il medico curante del posto, se le strutture dell'Istituto di cura dove si trova l'Assicurato non sono giudicate adeguate a risolvere la patologia del caso, la Struttura organizzativa provvede a trasportare l'Assicurato presso il più vicino Istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie. Il trasporto è 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, può provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato e a prenotare il Ricovero dell'Assicurato. al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura organizzativa provvede al suo trasporto fino al domicilio.

La presente prestazione opera **fino a € 2.500,00 per Sinistro** per quanto riguarda solo il trasporto da un luogo di cura ad un altro, e **fino a € 300,00 per Sinistro per il solo trasporto dal luogo di cura al domicilio.**

i) accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente lettera h), 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 del paziente.

j) rientro dei figli minori

In caso di Ricovero dell'Assicurato, ad oltre 100 km dal proprio domicilio, se i figli minori di anni 12 al seguito si trovassero senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura organizzativa provvede, su richiesta, all'organizzazione per il loro rientro, tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiedono, la Struttura organizzativa mette a disposizione un accompagnatore, munito di apposita delega rilasciata dal genitore o da chi ne fa le veci.

k) rientro anticipato

Nel caso in cui è indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio, in seguito ad Infortunio o Malattia occorsi ad un suo familiare, anch'egli Assicurato, e sempre che sia previsto un Ricovero superiore a 48 ore, la Struttura organizzativa mette a sua disposizione un biglietto di viaggio dal luogo del soggiorno fino al domicilio.

l) reperimento di una baby-sitter

Nel caso in cui l'Assicurato è ricoverato in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni, questi può chiedere alla Struttura organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby-sitter per accudire i figli minori di anni 12. L'invio della baby-sitter ha luogo nel più breve tempo possibile. La presente prestazione è valida **per un massimo di 3 volte per anno assicurativo e si limita al solo reperimento, quindi le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.**

m) informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

La Struttura organizzativa è a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli o informazioni riguardo gli Istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), che possono garantire le cure del caso. Questa opera in Italia ed all'estero. La presente prestazione è valida **per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

n) monitoraggio del Ricovero ospedaliero

Se l'Assicurato è ricoverato, la Struttura organizzativa, direttamente o attraverso medici/pediatri convenzionati sul posto, è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/ pediatri dell'Istituto di cura. La presente prestazione è valida **per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.**

o) interprete all'estero per problemi di salute

In caso di Ricovero ospedaliero all'estero, e **solo per i Paesi ove esistono propri corrispondenti**, la Struttura organizzativa organizza il reperimento di un interprete e Groupama Assicurazioni se ne assume il costo.

La presente prestazione è valida **per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.**

p) rimpatrio della salma

La Struttura organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da Infortunio o Malattia, provvede a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso

fino al luogo di inumazione in Italia. **Sono escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia.**

La Struttura organizzativa sostiene le spese per il ritorno degli altri familiari assicurati o, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che queste 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 sostiene le spese del viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre che una di queste persone non sia 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.

q) assistenza Infermieristica domiciliare

Quando, in seguito a Ricovero per Infortunio o Malattia di almeno 7 giorni, l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica domiciliare, **purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione stessa**, la Struttura organizzativa provvede a reperire un infermiere, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo. La presente prestazione opera **fino a un importo giornaliero massimo di € 50,00 per un periodo massimo di 30 giorni per evento.**

COSA NON È ASSICURATO



ART. 130 - ESCLUSIONI

Ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:

- le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Società di gestione di servizi di Assistenza;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- i Sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

LIMITI DI COPERTURA



ART. 131 - LIMITI TERRITORIALI

Le prestazioni, laddove non diversamente specificato, operano per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo.



ART. 132 - LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni Sinistro;
- al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 129  Cosa è assicurato - Prestazioni di Assistenza, su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la Struttura organizzativa abbia già dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare.

In tal caso, la Struttura organizzativa fornisce all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica. Per quanto concerne la prestazione l) rientro anticipato, l'esposizione della Struttura organizzativa deve essere complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc. che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò l'Assicurato deve consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega

appropriata. La Struttura organizzativa si incarica le pratiche di rimborso e è autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto, l'Assicurato è tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versare le relative somme alla Struttura organizzativa.

Le eventuali spese sostenute, quelle autorizzate, sono rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA



ART. 133 - RICHIESTA DI ASSISTENZA - PRESCRIZIONE

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste direttamente a Europ Assistance (art. 127  Soggetti di riferimento per il servizio di Assistenza) nel momento in cui si verifica il Sinistro e comunque **non oltre 5 giorni dal verificarsi dell'evento** che le rende necessarie.

Qualora pertanto l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Struttura organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualsiasi diritto nei confronti della Struttura organizzativa e derivante dal contratto, **si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.**



ART. 134 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura organizzativa non può in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi o impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.



ART. 135 - COMUNICAZIONI - VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto al precedente art. 133  Richiesta di Assistenza - Prescrizione.

ALLEGATO 1

ELENCO PROFESSIONI

CLASSE DI RISCHIO A

Addetto centro elaborazione dati	A
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione	A
Archivista	A
Arredatore	A
Autorimessa: esercente senza prestazioni manuali	A
Bibliotecario	A
Clero	A
Commercialista, Consulente del lavoro	A
Dirigente escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
Disegnatore occupato solo in ufficio	A
Fotomodella/o, Indossatrice/Indossatore	A
Impiegato	A
Ingegnere senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
Insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale	A
Istruttore di teoria di scuola guida	A
Magistrato / Giudice	A
Scrittore	A
Altro A	A

CLASSE DI RISCHIO B

Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di abiti, confezioni	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di accessori per autoveicoli	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di articoli e apparecchi fotografici e di ottica	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di articoli igienico-sanitari	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di articoli in pelle, calzature	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di articoli sportivi	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di bar, caffè, birreria	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di cartoleria, libreria	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di casalinghi	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di colori e vernici	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di giocattoli	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di dischi, musica, strumenti musicali	B

Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di drogheria, vini e liquori	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di ferramenta	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di fiori e piante	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di frutta e verdura	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di generi alimentari	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di merceria, tessuti	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di mobili	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di oreficeria, orologeria, gioielleria	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di pellicce, capi in pelle	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di profumeria	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di ristorante, trattoria, pizzeria	B
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di tabaccheria	B
Agente di assicurazioni, di cambio o di borsa, Promotore finanziario	B
Agente di commercio	B
Agente di pubblicità	B
Agente di viaggio	B
Agente immobiliare	B
Agronomo / Agrimensore	B
Albergatore	B
Allevatore di animali che non prestano opera manuale	B
Altri artigiani senza uso di macchine	B
Amministratore di beni	B
Analista chimico	B
Antiquario	B
Architetto senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature	B
Armatore	B
Assistente sociale	B
Artista di varietà, attore, musicista, cantante, agente teatrale, regista, sceneggiatore (escluse controfigure e stunt-man)	B
Avvocato e procuratore legale	B
Baby sitter, Badante, Collaboratore familiare	B
Ballerino	B
Bambini (0-13 anni)	B
Barista	B
Benestante	B
Barbiere, Parrucchiere	B
Biologo, Addetto a laboratorio di analisi mediche	B
Cameriere	B
Casalinga	B

Casaro	B
Certificatore di bilancio, Revisore dei conti	B
Corniciaio	B
Dentista	B
Diplomatico, Politico , Sindacalista, Ambasciatore, Console	B
Dirigente compreso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
Disegnatore che frequenta ambienti di lavoro	B
Distributori di carburante (gestore di) senza manutenzione, lavaggio	B
Enologo / Enotecnico	B
Estetista (callista, manicure, pedicure, etc), Podologo	B
Fabbricante di apparecchi ortopedici	B
Farmacista	B
Floricultore	B
Fotografo	B
Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi e impalcature	B
Giornalista (cronista, corrispondente)	B
Grafico	B
Guida e animatore turistico	B
Igienista dentale	B
Imprenditore che non presta opera manuale	B
Incisore / Coniatore	B
Insegnante di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale	B
Massaggiatore e fisioterapista	B
Medico (non radiologo)	B
Medico radiologo	B
Notaio	B
Odontoiatra	B
Odontotecnico	B
Orafo (lavorazione metalli preziosi)	B
Orefice, orologiaio, gioielliere	B
Ostetrica	B
Pensionato	B
Psicanalista	B
Psicologo / Psicoterapeuta	B
Rappresentanti senza trasporto e consegna merce	B
Restauratori solo a terra	B
Scultore, Intagliatore	B
Studenti (> 13 anni) di scuola non professionale	B
Tappezziere	B
Tipografo / Litografo	B
Vetrinista	B
Altro B	B

CLASSE DI RISCHIO C

Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di armeria	C
Addetto o Titolare alle imprese di pulizie senza uso di impalcature esterne	C
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di salumeria, rosticceria, macelleria e pescheria	C
Addetto o Titolare di negozio o esercizio commerciale di tintoria, lavanderia, pulisecco e stirerie	C
Addetto agli zoo	C
Agricoltore (proprietario, affittuario, etc) che non prendono parte ai lavori manuali	C
Allenatore sportivo / Arbitro	C
Allevatore di animali che prestano opera manuale	C
Ambulante	C
Archeologo	C
Architetto con accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature	C
Argentiere e Doratore	C
Autisti di autobus, autocarri, motocarri	C
Autisti di autovetture in servizio pubblico o privato, taxi, ambulanze, autofunebri	C
Bagnino / Insegnate di nuoto	C
Bidello / Operatore scolastico	C
Calzolaio	C
Carabiniere, Guardia di finanza, Guardia doganale, Guardia portuale, pubblica sicurezza (personale operativo)	C
Carabiniere, Guardia di finanza, Guardia doganale, Guardia portuale, pubblica sicurezza (personale amministrativo)	C
Cavaiole senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente	C
Concessionario di auto e motoveicoli	C
Conciatore di pelli, pellettieri, pellicciaio	C
Cuoco, Pizzaiolo	C
Custode/portiere di stabili, alberghi, musei e simili, usciere	C
Elettrauto	C
Elettricista lavora solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione (<600 V. corrente continua e <400V. corrente alternata) CL. C.	C
Fabbro solo a terra	C
Facchino di piccoli colli	C
Fattorino, Postino, Corriere, Pony Express	C
Fonditori	C
Geologo	C
Geometra con accesso a cantieri, ponteggi e impalcature	C
Giardinieri, Vivaisti	C
Gommista, Vulcanizzatore	C
Guardiacaccia, guardiapescia, guardia campestre/forestale	C
Guardia giurata, guardia armata, guardia notturna	C
Idraulico solo all'interno	C
Imbianchino solo all'interno senza uso di scale e impalcature	C

Imprenditore che può prestare opera manuale	C
Infermiere	C
Ingegnere con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	C
Insegnante di ballo	C
Insegnante di educazione fisica,attività sportive (escluse equitazione, arti marziali, hockey e rugby)	C
Investigatore privato	C
Istruttore di pratica (guida) di scuola guida	C
Liberi professionisti non elencati	C
Magliaia	C
Marinaio	C
Marmista senza uso di impalcature e ponti	C
Materassaio	C
Mediatore in genere	C
Muratore, Piastrellista, Parquettista solo a terra	C
Operaio senza uso di macchine e accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature	C
Perito libero professionista occupato anche all'esterno	C
Personale del circo, giostre e simili	C
Rappresentanti con trasporto e consegna merce	C
Studenti (> 13 anni) di scuola professionale	C
Topografo	C
Tornitore	C
Veterinario	C
Vetraio	C
Vigile urbano	C
Altro C	C

CLASSE DI RISCHIO D

Addetto o Titolare alle imprese di pulizie con uso di impalcature esterne	D
Agricoltore con prestazioni manuali	D
Altri artigiani con uso di macchine	D
Antennista (installatore di antenne radio TV)	D
Attrezzista e macchinista (settore spettacoli)	D
Autorimessa: addetto riparazione, manutenzione, lavaggio, etc.	D
Boscaiolo, abbattitore e potatore di alberi di piante	D
Carpentiere in legno o ferro	D
Carrozziere / Meccanico	D
Cavaiole senza uso di mine: proprietari o addetti che lavorano manualmente	D
Collaudatore di veicoli e natanti a motore	D
Demolitore di autoveicoli	D
Distributori di carburante (gestore di) con manutenzione, lavaggio	D
Elettricista che lavora anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione	D
Fabbro anche su ponteggi, impalcature	D

Facchino addetti al carico scarico di merci in genere (portuali, doganali)	D
Falegname	D
Idraulico anche all'esterno	D
Imbianchino all'esterno con uso di ponteggi e impalcature	D
Insegnate di arti marziali, lotta nelle sue varie forme e atletica pesante	D
Insegnante di equitazione, hockey e rugby	D
Lattoniere	D
Magazziniere	D
Marmista con uso di impalcature e ponti	D
Mobiliere	D
Muratore, Piastrellista, Parquettista con uso di impalcature e ponti	D
Operaio con uso di macchine e accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature	D
Palombaro / sommozzatore (*)	D
Pescatore (pesca marittima e costiera)	D
Restauratori con accesso a ponteggi e impalcature	D
Saldatore	D
Vigile del fuoco	D
Altro D	D

SOGGETTI NON ASSICURABILI

Esercito, marina militare ed aviazione (personale non amministrativo)	NA
Fantino	NA
Guardia del corpo, portavalori	NA
Guida Alpina, Insegnanti di Alpinismo	NA
Personale viaggiante dell'aviazione civile	NA
Speleologo	NA
Sportivo Professionista	NA

ALLEGATO 2

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass Aorto-Coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore (ad eccezione della correzione percutanea di FAP)
- Derivazione aorto-polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare (indipendentemente dalla tecnica)
- Interventi per fistole artero-venose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne (con o senza svuotamento laterocervicale)
- Resezione dell'esofago cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomica
- Emisferectomia, lobectomia
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi di derivazione diretta ed indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o encefalo-meningocele
- Ernia del disco per via transtoracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido
- Artrodesi cervicale per via anteriore, trattamento di mielopatia cervicale, stenosi cervicale e spondilolistesi
- Laminectomia per tumori intra ex extra midollari
- Trattamento di neoplasie maligne endocraniche o benigne con effetto massa e relata sintomatologia neurologica mediante chirurgia stereotassica

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse-alte-totali
- Interventi per fistola esofago-tracheale ed esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare

- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione mascellare superiore per neoplasia
- Resezione mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomy allargata
- Isterectomia per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale
- Debulking con resezione in blocco della pelvi, resezione anteriore del retto, peritonectomia per carcinoma ovarico

CHIRURGIA OCULISTICA

- Intervento per neoplasia del globo oculare

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo-toracica
- Emipelvectomy
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: ginocchio, tibio-tarsica, polso, spalla e gomito
- Rimozione di tumori ossei (maligni) e forme pseudotumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi (con accesso anteriore)
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Artrodesi long di 4 o più metameri vertebrali
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma del VIII Nervo cranico
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia, petrosectomia ed exeresi di tumori dell'orecchio medio
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasia maligna

PANCREAS E MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Duodenocefalopancreasectomia sec. Whipple
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Interventi per atresia congenita dell'esofago
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpaticoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago

- Magacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per mega uretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomy e pneumonectomy)
- Correzione di palatoschisi
- Correzione chirurgica del cranio bifido (spina bifida) con meningocele
- Asportazione neuroblastoma addominale o toracico

INTESTINO

- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia e confezionamento di colostomia.
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Asportazione di tumori retro-peritoneali

RETTO E ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale (sec. Miles)

STOMACO E DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro duodenale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata
- Resezione gastro digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumectomy
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Trattamento chirurgico e ricostruzione plastica per neoplasie maligne della trachea
- Lobectomy per neoplasia maligna indipendentemente dalla tecnica utilizzata
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica per neoplasia maligna e con accesso toracotomico

UROLOGIA

- Cistectomy totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomy totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surenectomy
- Uretero-entro-anastomosi
- Orchiectomy allargata con linfadenectomia addominale e/o retroperitoneale mono e/o bilaterale per neoplasia maligna testicolare

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e in grossi vasi arteriosi: aorta, cava, iliaca, carotide, vertebrale, succlavia, anonima
- Interventi su vasi intracranici
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti i trapianti di organo

ALLEGATO 3

FRANCHIGIA BASE

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	0
5	2	0	0	0
6	3	1	0	0
7	4	2	0	0
8	5	3	0	0
9	6	4	0	0
10	7	5	0	0
11	8	6	1	0
12	9	7	2	0
13	10	8	3	0
14	11	9	4	0
15	12	10	5	0
16	13	11	6	1
17	14	12	7	2
18	15	13	8	3
19	16	14	9	4
20	17	15	10	5
21	18	16	11	6
22	19	17	12	7
23	20	18	13	8
24	21	19	14	9
25	22	20	15	10
26	23	21	16	11
27	24	22	17	12
28	25	23	18	13
29	26	24	19	14
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39

40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
Da 66 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 4

OPZIONE B – ASSORBIMENTO FRANCHIGIA SULL’INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Da 150.000 € a 400.000 €	Da 400.000 € a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	0
5	2	0	0	0
6	3	1	0	0
7	4	2	0	0
8	5	3	0	0
9	6	4	0	0
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37

38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
Da 66 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 5

OPZIONE C – SOPRAVVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE OLTRE 20% E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 66%

% IP ACCERTATA	% IP LIQUIDATA
20	20
21	22
22	24
23	26
24	28
25	30
26	32
27	34
28	36
29	38
30	40
31	42
32	44
33	46
34	48
35	50
36	63
37	66
38	69
39	72
40	75
41	78
42	81
43	84
44	87
45	90
46	93
47	96
48	99
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100

% IP ACCERTATA	% IP LIQUIDATA
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100,5
68	102
69	103,5
70	105
71	106,5
72	108
73	109,5
74	111
75	112,5
76	114
77	115,5
78	117
79	118,5
80	120
81	121,5
82	123
83	124,5
84	126
85	127,5
86	129
87	130,5
88	132
89	133,5
90	135
91	136,5
92	138
93	139,5
94	141
95	142,5
96	144
97	145,5
98	147
99	148,5
100	150

ALLEGATO 6

OPZIONE D - SOPRAVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE OLTRE 30% E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 65%

% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA		
	Fino a €150.000,00	Oltre €150.000,00 e fino a €300.000,00	Oltre €300.000,00 e fino a €500.000,00
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5
16	13	11	6
17	14	12	7
18	15	13	8
19	16	14	9
20	18	15	10
21	20	16	11
22	22	17	12
23	23	18	13
24	24	19	15
25	25	20	17
26	26	21	19
27	27	23	21
28	28	25	24
29	29	27	27
30	30	30	30
31	32	32	32
32	34	34	34
33	36	36	36
34	38	38	38
35	40	40	40
36	42	42	42
37	44	44	44
38	46	46	46
39	48	48	48
40	50	50	50
41	52	52	52
42	54	54	54
43	56	56	56
44	58	58	58
45	60	60	60
46	62	62	62
47	64	64	64
48	66	66	66
49	68	68	68
50	70	70	70

% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA		
	Fino a €150.000,00	Oltre €150.000,00 e fino a €300.000,00	Oltre €300.000,00 e fino a €500.000,00
51	72	72	72
52	74	74	74
53	76	76	76
54	78	78	78
55	80	80	80
56	82	82	82
57	84	84	84
58	86	86	86
59	88	88	88
60	90	90	90
61	92	92	92
62	94	94	94
62	96	96	96
64	98	98	98
65	100	100	100
66	102	102	102
67	104	104	104
68	106	106	106
69	108	108	108
70	110	110	110
71	113	113	113
72	116	116	116
73	119	119	119
74	122	122	122
75	125	125	125
76	128	128	128
77	131	131	131
78	134	134	134
79	137	137	137
80	140	140	140
81	143	143	143
82	146	146	146
83	149	149	149
84	152	152	152
85	155	155	155
86	158	158	158
87	161	161	161
88	164	164	164
89	167	167	167
90	170	170	170
91	173	173	173
92	176	176	176
93	179	179	179
94	182	182	182
95	185	185	185
96	188	188	188
97	191	191	191
98	194	194	194
99	197	197	197
100	200	200	200

ALLEGATO 7

OPZIONE E - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO MODULARE

% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA		
	Fino a €150.000,00	Oltre €150.000,00 e fino a €300.000,00	Oltre €300.000,00 e fino a €500.000,00
1	0.25	-	-
2	0.50	-	-
3	0.75	-	-
4	1.5	1	-
5	3.0	2	-
6	4.5	3	1
7	6.0	4	2
8	7.5	5	3
9	9.0	6	4.5
10	10	7.5	6.0
11	11	9.0	7.5
12	12	10.5	9.0
13	13	12.0	10.5
14	14	13.5	12.0
15	15	15.0	13.5
16	16	16.5	15.0
17	17	18.0	16.5
18	18	19.5	18.0
19	19	21.0	19.5
20	20	23.5	21.0
21	21	25.0	22.5
22	22	26.5	24.0
23	23	28.0	25.5
24	24	29.5	27.0
25	25	31.0	28.5
26	26.5	32.5	30.0
27	28.0	34.0	31.5
28	29.5	35.5	33.0
29	31.0	37.0	34.5
30	32.5	38.5	36.0
31	34.0	40.0	37.5
32	35.5	41.5	39.0
33	37	43.0	40.5

% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA		
	Fino a €150.000,00	Oltre €150.000,00 e fino a €300.000,00	Oltre €300.000,00 e fino a €500.000,00
34	38,5	44,5	42,0
35	40,0	46,0	43,5
36	41,5	47,5	45,0
37	43,0	49,0	46,5
38	44,5	50,5	48,0
39	46,0	52,0	49,5
40	48,0	53,5	51,0
41	50,0	55,0	52,5
42	52,0	56,5	54,0
43	54,0	58,0	55,5
44	56,0	59,5	57,0
45	58,0	61,0	58,5
46	60,0	62,5	60,0
47	62,0	64,0	62,0
48	64,0	65,5	64,0
49	66,0	67,0	66,0
50	68,0	68,5	68,0
51	70,0	70,0	70,0
52	72,0	72,0	72,0
53	74,0	74,0	74,0
54	76,0	76,0	76,0
55	78,0	78,0	78,0
56	80,0	80,0	80,0
57	82,0	82,0	82,0
58	84,0	84,0	84,0
59	86,0	86,0	86,0
60	88,0	88,0	88,0
61	90,0	90,0	90,0
62	92,0	92,0	92,0
63	94,0	94,0	94,0
64	96,0	96,0	96,0
65	98,0	98,0	98,0
da 66 a 100	100,0	100,0	100,0

ALLEGATO 8

OPZIONE BASE PLUS - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA PER SOMME ASSICURATE FINO A 400.000 EURO

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	1	0	0
5	2	2	0	0
6	3	3	0	0
7	4	4	0	0
8	5	5	0	0
9	6	6	0	0
10	7	7	0	0
11	8	8	1	0
12	9	9	2	0
13	10	10	3	0
14	11	11	4	0
15	12	12	5	0
16	13	13	6	1
17	14	14	7	2
18	15	15	8	3
19	16	16	9	4
20	17	17	10	5
21	18	18	11	6
22	19	19	12	7
23	20	20	13	8
24	21	21	14	9
25	22	22	15	10
26	23	23	16	11
27	24	24	17	12
28	25	25	18	13
29	26	26	19	14
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37

38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
Da 66 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 9

OPZIONE I - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SUL PRIMO SCAGLIONE

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE IN CASO DI SOMMA ASSICURATA INFERIORE A 300.000 €	
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 300.000 €
1	0,5	0
2	1	0
3	1,5	0
4	2,5	0
5	3,5	0
6	4,5	1
7	5,5	2
8	6,5	3
9	7,5	4
10	8,5	5
11	9,5	6
12	10,5	7
13	11,5	8
14	12,5	9
15	13,5	10
16	14,5	11
17	15,5	12
18	16,5	13
19	17,5	14
20	20	15
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37

38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
Da 66 a 100	100	100

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE IN CASO DI SOMMA ASSICURATA PARI O SUPERIORE 300.000 €			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	0	0	0
5	5	0	0	0
6	6	1	0	0
7	7	2	0	0
8	8	3	0	0
9	9	4	0	0
10	10	5	0	0
11	11	6	1	0
12	12	7	2	0
13	13	8	3	0
14	14	9	4	0
15	15	10	5	0
16	16	11	6	1

17	17	14	7	2
18	18	15	8	3
19	19	16	9	4
20	20	17	10	5
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
Da 66 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 10

OPZIONE II - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SUL PRIMO SCAGLIONE E FRANCHIGIE RIDOTTE SUGLI SCAGLIONI SUCCESSIVI

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE IN CASO DI SOMMA ASSICURATA INFERIORE A 300.000 €	
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €
1	0,5	0
2	1	0
3	1,5	0
4	2,5	1
5	3,5	2
6	4,5	3
7	5,5	4
8	6,5	5
9	7,5	6
10	8,5	7
11	9,5	8
12	10,5	9
13	11,5	10
14	12,5	11
15	13,5	12
16	14,5	13
17	15,5	14
18	16,5	15
19	17,5	16
20	20	17
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37

38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
Da 66 a 100	100	100

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE IN CASO DI SOMMA ASSICURATA PARI O SUPERIORE A 300.000 €			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	1	0	0
5	5	2	0	0
6	6	3	1	0
7	7	4	2	0
8	8	5	3	0
9	9	6	4	0
10	10	7	5	0
11	11	8	6	1
12	12	9	7	2
13	13	10	8	3
14	14	11	9	4
15	15	12	10	5
16	16	13	11	6

17	17	14	12	7
18	18	15	13	8
19	19	16	14	9
20	20	17	15	10
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
Da 66 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 11

OPZIONE III - FRANCHIGIA DEL 5% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PER SOMME ASSICURATE FINO A 400.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1	0	0
7	2	2	0	0
8	3	3	0	0
9	4	4	0	0
10	5	5	0	0
11	6	6	1	0
12	7	7	2	0
13	8	8	3	0
14	9	9	4	0
15	10	10	5	0
16	11	11	6	1
17	12	12	7	2
18	13	13	8	3
19	14	14	9	4
20	15	15	10	5
21	16	16	11	6
22	17	17	12	7
23	18	18	13	8
24	19	19	14	9
25	20	20	15	10
26	21	21	16	11
27	22	22	17	12
28	23	23	18	13
29	24	24	19	14
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37

38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
Da 50 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 12

OPZIONE IV - FRANCHIGIA DEL 10% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PER SOMME ASSICURATE FINO A 800.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	1	1	1	0
12	2	2	2	0
13	3	3	3	0
14	4	4	4	0
15	5	5	5	0
16	6	6	6	1
17	7	7	7	2
18	8	8	8	3
19	9	9	9	4
20	10	10	10	5
21	11	11	11	6
22	12	12	12	7
23	13	13	13	8
24	14	14	14	9
25	15	15	15	10
26	16	16	16	11
27	17	17	17	12
28	18	18	18	13
29	19	19	19	14
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37

38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
Da 50 a 100	100	100	100	100

ALLEGATO 13

OPZIONE V - FRANCHIGIA DEL 20% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%

% IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE SULLA PARTE DI SOMMA ASSICURATA			
	Fino a 150.000 €	Oltre 150.000 € e fino a 400.000 €	Oltre 400.000 € e fino a 800.000 €	Oltre 800.000 €
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	0
14	0	0	0	0
15	0	0	0	0
16	0	0	0	0
17	0	0	0	0
18	0	0	0	0
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	1	1	1	1
22	2	2	2	2
23	3	3	3	3
24	4	4	4	4
25	5	5	5	5
26	6	6	6	6
27	7	7	7	7
28	8	8	8	8
29	9	9	9	9
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37

38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
Da 50 a 100	100	100	100	100

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 e codice IVASS A095S - 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