

**PROTEZIONE**

MY PROTECTION NON AUTOSUFFICIENZA.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. MALATTIA E INFORTUNI.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Non Autosufficienza

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni



Groupama
Assicurazioni

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: My Protection

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Malattia e infortuni



Che cosa è assicurato?

Nel caso in cui a seguito di **infortunio** o **malattia** diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, tu sia riconosciuto **non autosufficiente**, ovvero tu abbia un'impossibilità fisica totale, permanente e irreversibile, accertata clinicamente, nel compiere almeno tre su quattro attività di vita quotidiana definite elementari (lavarsi, nutrirsi, muoversi e vestirsi in autonomia), è assicurato:

- ✓ **Non autosufficienza:** un rimborso spese forfettario mensile di 1.000,00 euro fintanto che persiste tale stato e non oltre il **periodo massimo di 24 mesi** complessivamente e cumulativamente.

Tale garanzia è vendibile solo in abbinamento all'invalidità permanente da malattia e/o dall'invalidità permanente da infortunio.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Malattie correlate a infezioni da HIV;
- ✗ 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;
- ✗ Cure per infertilità sterilità;
- ✗ Trattamenti dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **Il contratto prevede alcune carenze, ovvero per alcune garanzie ci sono periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.** Le garanzie decorrono:
 - ! per le **malattie**: dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione;
 - ! per le **demenze** intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti: decorsi due anni dalla decorrenza del contratto.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione della non autosufficienza è effettuata in Italia.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali e mensili senza applicazione di alcuna maggiorazione. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno, bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto mediante lettera raccomandata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, oppure disdirlo prima della scadenza contrattuale mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni.

Assicurazione Non Autosufficienza

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



Prodotto: My Protection

Data: 02/2026 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

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 italiana 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 2024, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 629,2 milioni di euro ed il risultato economico dell'esercizio è pari a 11,6 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 221.12%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per:

- ✗ gli infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- ✗ le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- ✗ le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, compresi atti di autolesionismo;
- ✗ malattie mentali; epilessia; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivocompulsivi, e loro conseguenze;
- ✗ patologie correlate a infezione da HIV;

	✗ le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; ✗ le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici; ✗ le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; ✗ le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; ✗ le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o di atti di autolesionismo; ✗ le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni; ✗ le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace); ✗ le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche); ✗ le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero. Gli infortuni avvenuti durante: ✗ l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura; ✗ la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione; ✗ la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza; ✗ la guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs; ✗ la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere; ✗ competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo; ✗ partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche); ✗ il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale Groupama non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.
	Ci sono limiti di copertura?
	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quanto riportato nel DIP Danni.
	A chi è rivolto questo prodotto?
	Offre un sostegno economico per affrontare le spese derivanti dalla perdita di autosufficienza, a soggetti di età compresa tra i 18 e i 60 anni.
	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	<i>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.</i>
Mediazione	<i>Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare 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).</i>
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	Imposta sui premi: I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. Il premio relativo al presente contratto, avente ad oggetto la copertura del rischio Infortunio, è soggetto ad aliquota pari a 2,50%. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati per la garanzia oggetto di contratto non sono fiscalmente detraibili.
---	---

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 indagine (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 ventunesimo 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, DENUNCIA SINISTRI).

PAGINA NON UTILIZZABILE



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MY PROTECTION NON AUTOSUFFICIENZA.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Premessa	2
Glossario	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 Aggravamento del rischio	5
Art. 3 Diminuzione del rischio	5
Art. 4 Altre assicurazioni	5
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	5
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	6
Art. 8 Recesso, proroga e periodo di assicurazione	6
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	6
Art. 10 Rinuncia al diritto di rivalsa	6
Art. 11 Foro competente	6
Art. 12 Oneri fiscali	6
Art. 13 Estensione territoriale	6
Art. 14 Rinvio alle norme di legge	6
CHI E COSA E' ASSICURATO	7
Art. 15 Chi è assicurato	7
Art. 16 Persone non assicurabili	7
Art. 17 Cosa è assicurato - Garanzia di non autosufficienza	7
COME POSSO ASSICURARMI	7
Art. 18 Termini di aspettativa	7
COSA NON E' ASSICURATO	7
Art. 19 Rischi esclusi	7
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	9
Art. 20 Obblighi del contraente o dell'assicurato in caso di sinistro	9
Art. 21 Criteri di indennizzabilità	9
Art. 22 Attività diverse da quella dichiarata	9
Art. 23 Riesame della richiesta di rimborso	10
Art. 24 Controversie	10
Art. 25 Pagamento dell'indennizzo	
ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI	11

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220334), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220334).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con fondo celeste nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 220324).

GLOSSARIO

Ai seguenti termini viene attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, valido agli effetti delle garanzie prestate.

ASSICURATO

Il soggetto per il quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto con cui la Società, in seguito al pagamento del premio, si obbliga a tutelare l'Assicurato.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative, ivi comprese le anomalie cromosomiche che danno luogo a manifestazioni cliniche.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute, **che non sia malformazione o difetto fisico**, non dipendente da infortunio.

MALATTIA COESISTENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo - funzionali diversi.

MALATTIA CONCORRENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo - funzionale.

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MASSIMALE

La somma fino a concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità fisica **totale, permanente e irreversibile, clinicamente accertata**, di poter compiere almeno tre (3) delle seguenti quattro (4) azioni elementari della vita quotidiana:

- lavarsi, intesa come la capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona;
- nutrirsi, intesa come la capacità di mangiare e bere senza l'assistenza di una terza persona;
- muoversi, intesa come la capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi, senza l'assistenza di una terza persona;
- vestirsi, intesa come la capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, senza l'assistenza di una terza persona.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dal Contraente e dalla Società, che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma che il Contraente versa alla Società.

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 o da chi ne esercita la potestà.

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RISCHIO

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

SINISTRO

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

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

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

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

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

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. 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. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Se 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 Codice Civile, dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della 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 tuttavia il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 dal 60° giorno successivo a quello del pagamento per le malattie a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Il pagamento del premio, solo in caso di frazionamento mensile, può avvenire anche mediante addebito diretto "SDD" sul conto corrente del Contraente. Il Contraente dovrà, in fase di stipula, compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito dalla Società così come, in caso di modifica del conto corrente, dovrà darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD dovranno essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento. La Società si impegna a recepire tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato convenuto il pagamento con periodicità mensile mediante addebito diretto "SDD", resta convenuto che:

- le prime tre mensilità sono corrisposte in Agenzia all'atto della sottoscrizione;
- l' SDD sarà attivato dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente

dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile. Qualora nei 6 mesi dalla scadenza della prima mensilità omessa il Contraente adempia al suo obbligo di pagamento presso l'Agenzia di tutte le mensilità scadute e non pagate, l'assicurazione riprende effetto nei termini sopra previsti. Decorso 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.

Fatta eccezione per l'ipotesi in cui sia stato convenuto il pagamento con SDD, il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e, quali che siano le modalità di pagamento convenute, è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dal Contraente e dalla Società.

ART. 7 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (VEDERE ANCHE ART. 20)

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

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

ART. 8 - RECESSO, PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso può recedere.

Le modalità di esercizio del recesso, nei termini che precedono, sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al rischio corso e delle imposte.

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

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

ART. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 11 - 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. 12 - ONERI FISCALI

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

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione della non autosufficienza viene effettuata in Italia.

ART. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

COSA È ASSICURATO E CONTRO QUALI DANNI

ART. 15 - CHI E' ASSICURATO

E'assicurabile la singola persona. L'Assicurato è nominativamente indicato in Polizza (mod. 220334) con le garanzie rese operanti.

ART. 16 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 17 - COSA È ASSICURATO - GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA

Definizione di non autosufficienza

La Società nel caso di:

- infortunio
- o
- malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza la non autosufficienza, come da Definizioni, dell'Assicurato, corrisponde, fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 24 mesi complessivamente e cumulativamente, all'Assicurato stesso un rimborso spese forfettario mensile di euro 1.000,00.

La garanzia è opera sulla base delle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute e riportate nel questionario sanitario che costituisce parte integrante del contratto.

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 18 - TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto - art. 5, la garanzia decorre:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie diverse da demenze

dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione

per le demenze intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti decorsi 2 anni dalla decorrenza del contratto.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per la persona, le somme da quest'ultimo previsti.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 19 - RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

- a) gli infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;

- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti dall'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, compresi atti di autolesionismo;
- e) malattie mentali; epilessia; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- f) patologie correlate a infezione da HIV;
- g) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- h) le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici;
- i) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- l) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o di atti di autolesionismo;
- n) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni
- o) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- p) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- q) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero;
- r) gli infortuni avvenuti durante:
 - 1. l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura.
 - 2. la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
 - 3. la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
 - 4. la guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi elicotteri ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs;
 - 5. la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente (cfr. definizioni "sport professionistico") e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
 - 6. competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
 - 7. partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
 - 8. il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'**ART. 20 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

Fermo quanto previsto all'art. 7, l'assicurato o il soggetto che lo assiste, deve dare tempestiva comunicazione alla Società dell'intervenuto stato di non autosufficienza, e comunque non oltre la data di scadenza della polizza nel caso non venga rinnovata.

La denuncia deve essere corredata da:

- certificazione medica attestante la perdita di autosufficienza dell'Assicurato,
- relazione medica attestante le cause della perdita di autosufficienza rilasciata dal medico curante o dallo specialista che ha in cura l'Assicurato contenente la diagnosi,
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato.

ART. 21 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società corrisponde il rimborso forfettario mensile decorsi 90 giorni dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza e nel caso in cui lo stato di non autosufficienza risulterà tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il rimborso forfettario sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 24 mesi sempre che l'Assicurato sia in vita.

La corresponsione dell'indennizzo per non Autosufficienza implica l'estinzione della garanzia.

Sospensione dei pagamenti

Ogni 12 mesi, dovrà essere indirizzato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. La Società si riserva il diritto, non più di una volta all'anno, di sottoporre l'Assicurato ad accertamenti sanitari volti a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza, pena la sospensione dell'erogazione del rimborso in caso di rifiuto dell'Assicurato.

L'Assicurato è comunque tenuto a comunicare alla Società, entro 30 giorni, l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza; in tal caso, la Società avrà diritto alla restituzione dei rimborsi erogati in data successiva al verificarsi di tali eventi.

In caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi sono tenuti entro 30 giorni dall'evento a darne comunicazione alla Società; il rimborso mensile da parte della Società cesserà con effetto immediato. Il decesso dell'Assicurato libera la Società da qualsiasi obbligo dalla data del decesso stesso. I premi pagati restano acquisiti dalla Società.

ART. 22 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli artt. 1, 2, 3 e 19 delle Condizioni di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, nel caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

La classe professionale di pertinenza dell'attività svolta dall'Assicurato si determina facendo riferimento all'"elenco delle attività professionali" riportato nel presente fascicolo. Per la classificazione di attività professionali non specificate nel suddetto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività professionale elencata.

ATTIVITÀ SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA		
		A	B
	A	100%	100%
	B	50%	100%

ART. 23 - RIESAME DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente alla Società purchè:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Società;
- siano inviati nuovi accertamenti sanitari che dimostrano l'aggravamento dello stato di salute.

Resta comunque ferma per la Società la facoltà di verificare lo stato di non autosufficienza così come indicato all'art. 21.

ART. 24 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questo non sia contraente di polizza.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono ripartite a metà tra la parte e l'Assicurato.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. In esso deve risultare anche l'eventuale rifiuto di uno dei medici a firmare il verbale stesso.

ART. 25 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI**ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO A**

Agente/ Intermediario in genere/Rappresentante
Agricoltore (proprietario, affittuario) senza lavoro manuale
Amministratore di beni propri o altrui
Antiquario senza restauro
Appartenente al Clero
Architetto
Artigiano senza uso di macchine
Artista (attore, musicista, cantante, regista, sceneggiatore)/ Modello- Indossatrice
Assistente personale (bambini, anziani)/ Collaboratore familiare
Assistente sociale
Attuario
Avvocato
Barbiere/ Parrucchiere
Benestante senza particolari occupazioni
Biologo/ addetto a laboratori di analisi mediche
Casalinga
Commercialista/ Consulenti del lavoro/ Revisore dei Conti
Diplomatico/ Politico/ Sindacalista
Dirigente/ Impiegato/ Quadro senza lavoro manuale
Disegnatore/ Grafico/ Pubblicitario
Enologo ed enotecnico
Esercente di attività commerciali o servizi
Farmacista titolare/ addetto
Forze armate solo personale amministrativo
Fotografo
Guida turistica
Ingegnere
Imprenditore senza lavoro manuale
Insegnante escluse discipline sportive/ materie sperimentali e pratica professionale
Magistrato
Medico generico/ Medico specialista/ Odontoiatra
Notaio
Odontotecnico
Orefice/ Orologiaio/ Gioielliere
Pensionato
Professionista dell'area sanitaria (Fisioterapista, Ostetrica, Logopedista, Dietista, Igenista dentale, Audiometrista, Educatore Professionale)
Proprietario settore ricettizio (Alberghi/ Bar/ Ristoranti/ Enotecche/ Birrerie e simili) senza lavoro manuale
Proprietario/ addetto di esercizio commerciale
Sarto/ Vetrinista
Scrittore/ Poeta/ Giornalista
Studente >18 anni

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO B

Addetto in attività commerciali o servizi con lavoro manuale e/o carico e scarico
Agricoltore (proprietario, affittuario)/ Bracciante agricolo
Agronomo
Allevatore/ proprietario di pollame, equini, bovini, suini, ovini
Artigiano con uso di macchine (calzolaio, pellettiera, pellicciaio, conciaio, corniciaio)
Autista
Autoriparatore (Carrozziere, Elettrauto, Meccanico, Gommista)
Ballerino/a
Boscaiolo
Muratore/ Piastrellista/ Pavimentatore/ Palchettista

Casaro/ Macellaio/ Salumiere
Cuoco/ Pasticciere/ Panettiere/ Pizzaiolo/ Gelataio
Dirigente/ Impiegato/ Quadro con lavoro manuale
Esercente di attività commerciali o servizi con posa in opera di materiali/ installazioni
Estetista
Fabbro/ Saldatore/ Tornitore
Falegname/ Mobiliere
Geologo
Geometra
Gestore di distributori automatici di carburante con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Giardiniere/ Vivaista/ Floricoltore/ Orticoltore
Guardiacaccia/ guardiapesca/ guardie campestri/ guardie forestali
Idraulico
Imbianchino
Imprenditore con lavoro manuale
Insegnante di discipline sportive quali: nuoto, sci, basket, pallavolo, tennis, scherma, ballo, atletica leggera
Insegnante di educazione fisica
Insegnante di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
Istruttore di pratica di scuola guida
Marinaio
Marmista/ Incisore/ Scultore/ Intagliatore/ Coniatore
Mediatore
Operaio anche con uso di macchine e/o accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
Personale ATA
Pescatore
Proprietario/ Addetto settore ricettizio (alberghi, bar, ristoranti, enoteche, birrerie e simili)
Portiere/ Custode
Professionista dell'area sanitaria (Infermiere, Podologo)
Restauro/ Antiquario
Tappezziere
Tipografo
Topografo
Venditore ambulante

PROFESSIONI NON AMMESSE

Calciatore di serie A-B-C e altre serie o divisioni
Carpentiere
Carabiniere, guardia di finanza, guardia doganali, guardia portuali, pubblica sicurezza (personale operativo)
Ciclista: corridori dilettanti e professionisti
Circense
Esercito, marina militare ed aviazione
Fantino
Guardia notturna, giurata, guardia armata, portavalori, investigatore privato, guardia del corpo, custode di
Autorimesse
Insegnante di alpinismo, guida alpina
Palombaro/sommozzatore
Personale viaggiante dell'aviazione civile
Pirotecnico
Speleologo
Sportivi professionisti
Vigile del fuoco
Vigile urbani

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