



PROTEZIONE

TUTTOCAMPO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. 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 Infortuni, malattia e altre garanzie



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Tutto campo

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

Nel caso di **infortuni** che tu, la tua famiglia o una collettività, dovessero subire nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e/o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale o ricreativa comprese, nonché nei casi di parificazione/estensione del concetto di infortunio (es. asfissia, punture di insetti, ernie, atti di temerarietà, calamità naturali, rischio guerra), è assicurato:

- ✓ **Morte:** il riconoscimento ai beneficiari designati del capitale stabilito in polizza, anche nel caso di morte presunta.
- ✓ **Invalidità Permanente:** un indennizzo che è funzione della somma assicurata, indicata in polizza, e del grado di invalidità accertato (supervalutato per gli arti superiori, la vista, l'udito e la voce).
- ✓ **Inabilità temporanea:** un indennizzo giornaliero nel caso in cui un infortunio impedisca l'adempimento totale o parziale delle proprie mansioni per un periodo massimo di 365 giorni.
- ✓ **Ricovero e convalescenza:** un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero in istituti di cura per un massimo di 365 giorni. In caso di 12 giorni di ricovero consecutivi, viene riconosciuto anche un indennizzo giornaliero di "convalescenza".
- ✓ **Ingessatura:** un'indennità giornaliera nel caso in cui sia portatore di ingessatura per un massimo di 60 giorni.
- ✓ **Rimborso spese mediche:** un rimborso per le spese sostenute in caso di ricovero con pernottamento (con o senza intervento chirurgico, prima durante e dopo il ricovero), per intervento chirurgico e/o per cure in istituti di cura in regime di day hospital, pronto soccorso o ambulatorio.
- ✓ **Responsabilità civile del contraente:** una copertura per i rischi garantiti in polizza in caso tu sia responsabile.

La somma assicurata di ciascuna garanzia attiva è indicata in polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate, infermità mentali (Sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi);
- ✗ Infortuni causati da:
 - Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
 - Operazioni chirurgiche, terapie, cure e trattamenti medici, non resi necessari da infortunio;
 - Delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato contro la sua persona;
 - Tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva;
 - Terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
 - Guida in stato di ebbrezza e/o ubriachezza di qualsiasi veicolo terrestre o natante;
 - Guida e uso di mezzi subacquei, veicoli e aeromobili;
 - Pratica di paracadutismo, parapendio e similari.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente da infortunio accertata sia di grado pari od inferiore alla franchigia contrattualmente stabilita (3% o 5%).
- ! La copertura infortuni relativa al rischio guerra vale per un massimo di 14 giorni qualora l'assicurato venga sorpreso all'estero da tali eventi e si ritrovi impossibilitato ad abbandonare il Paese.
- ! L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 77 anni. Per le persone che nel corso del contratto raggiungano il 77° anno di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento dell'età indicata.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

Assicurazione Infortuni, Malattia e altre garanzie

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



Prodotto: Tutto Campo

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 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 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

CONDIZIONE SPECIALE "I"	In caso di Morte, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea, Ricovero e Convalescenza, Ingessatura , è prevista la limitazione dell'assicurazione ai soli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali dichiarate e si ha diritto alla riduzione del premio
CONDIZIONE SPECIALE "K"	In caso di Morte, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea, Ricovero e Convalescenza , è prevista la limitazione dell'assicurazione agli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza dell'uso di veicoli a motore e si ha diritto alla riduzione del premio.
CONDIZIONE SPECIALE "L"	In caso di Morte, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea, Ricovero e Convalescenza, Ingessatura , è prevista la limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali ed extra lavoro, cioè quegli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità e si ha diritto alla riduzione del premio.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
CONDIZIONE SPECIALE "A"	Tabella INAIL di invalidità permanente Si fa riferimento alla tabella di "Legge" per il caso di Invalidità permanente
CONDIZIONE SPECIALE "C"	Tabella di supervalutazione arti superiori In caso di Invalidità permanente si fa riferimento a una tabella di supervalutazione per gli arti superiori
CONDIZIONE SPECIALE "D"	Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce In caso di Invalidità permanente si fa riferimento a una tabella di supervalutazione per la vista, l'udito e la voce.
CONDIZIONE SPECIALE "M"	Estensione alla Responsabilità Civile del Contraente La Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare per le garanzie assicurative prestate in eccedenza agli indennizzi liquidabili a termini di polizza, fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di detti indennizzi, con un massimo di 155.000,00 euro per ogni Assicurato.
CONDIZIONE SPECIALE "N"	Rischio in "ITENERE"

In caso di Morte e Invalidità permanente da infortunio, sono assicurati gli infortuni che avvengano durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, entro i limiti di 2 ore per l'andata e 2 ore per il ritorno.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- ✗ azioni dolose da lui compiute o tentate, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- ✗ movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
- ✗ guerre, insurrezioni, tumulti popolari e occupazioni militari;
- ✗ guida in stato di ebbrezza e/o ubriachezza di qualsiasi veicolo terrestre o natante, con o senza motore;
- ✗ guida non professionale di macchine agricole in genere, quali sono definite dalle norme che disciplinano la circolazione stradale;
- ✗ guida di tutti gli altri veicoli terrestri diversi dalle macchine agricole elencate nella precedente esclusione o di natanti in genere, con o senza motore, per i quali egli sia privo - ove prevista - di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- ✗ guida e uso di mezzi subacquei;
- ✗ guida e uso di velivoli e aeromobili;
- ✗ pratica di paracadutismo, parapendio e altre attività aeree similari;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- ✗ servizio militare o servizio sostitutivo dello stesso;
- ✗ operazioni chirurgiche, terapie, cure e trattamenti medici, non resi necessari da infortunio.

Non sono inclusi, altresì:

- ✗ infortuni che abbiano come conseguenza la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ conseguenze di punture di zecca, nonché di infezioni malariche e malattie tropicali causate da morsi di animali e punture di insetti;
- ✗ conseguenze di infarti ed ernie di qualsiasi tipo.

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?


Il prodotto prevede franchigie e massimali.

Garanzia	Limiti, franchigie e massimali
Rimborso spese mediche	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento chirurgico in istituto di cura in regime di day hospital o in ambulatorio: fino al 10% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 2.583; • Cure in istituto di cura in regime di day hospital o presso un pronto soccorso o ambulatorio: fino al 5% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 517.
Inabilità temporanea	Limite massimo di erogazione pari a 365 giorni <ul style="list-style-type: none"> • Per somme assicurate minori di 25 €: Franchigia di 6 giorni; • Per somme assicurate comprese tra 25 € e 37,5€: Franchigia di 9 giorni; Per somme assicurate maggiori di 37,5 €: Franchigia di 13 giorni;
Ingessatura	<ul style="list-style-type: none"> • Limite massimo di 60 giorni che scende a 10 nel caso di applicazione della cosiddetta "stecca digitale" di Zimmer. Per tale casistica verrà inoltre dimezzata l'indennità giornaliera.
Invalidità	<ul style="list-style-type: none"> • Sulla parte di somma assicurata fino a € 259.000 è prevista una franchigia pari al 3%. Sulla parte di somma assicurata superiore a € 259.000 è prevista una franchigia pari al 5%.



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre protezione economica in caso di infortuni occorsi sul posto di lavoro o nelle normali situazioni di vita privata, sociale e ricreativa a una famiglia o a una collettività.

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 29%.	
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. I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Infortuni, Responsabilità civile del contraente, Assistenza, sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 21,25%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia. Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico e aver pagato il premio con metodi tracciabili.
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.



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

TUTTOCAMPO

L'ASSICURAZIONE GLOBALE INFORTUNI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"

GLOSSARIO	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
Art. 1 Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 Aggravamento del rischio	5
Art. 3 Cessazione dell'assicurazione per aggravamento del rischio	5
Art. 4 Diminuzione del rischio	5
Art. 5 Altre assicurazioni	5
Art. 6 Pagamento del premio - decorrenza e scadenza dell'assicurazione	5
Art. 7 Recesso dall'assicurazione in caso di sinistro	6
Art. 8 Assicurazione per conto di altre persone	6
Art. 9 Tacita proroga dell'assicurazione	6
Art. 10 Rinuncia della Società all'azione di surrogazione	6
Art. 11 Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge	6
Art. 12 Oneri fiscali dell'assicurazione	6
Art. 13 Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione	6
Art. 14 Foro Competente	6
Art. 15 Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge	7
CHI E COSA E' ASSICURATO	8
Art. 16 Chi è assicurato	8
Art. 17 Persone non assicurabili	8
Art. 18 Cosa è assicurato - Oggetto dell'assicurazione	8
Art. 18.1 Infortuni assicurati	8
Art. 18.2 Rischi sportivi	10
COME POSSO ASSICURARMI	13
LE GARANZIE	13
Art. 19 Morte	13
Art. 20 Invalidità permanente	13
Art. 21 Inabilità temporanea	15
Art. 22 Ricovero e convalescenza	15
Art. 23 Ingessatura	16
Art. 24 Rimborso spese mediche	16
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA	18
CONDIZIONI SPECIALI	18
Art. 25 Condizione Speciale "A": Riferimento alla tabella di "Legge" per il caso di invalidità permanente	18
Art. 26 Condizione Speciale "B": Rivalutazione annua delle somme assicurate e del premio	18

Indice

2 di 34

Art. 27 Condizione Speciale “C”:	19
Supervalutazione dell’Invalidità Permanente per gli arti superiori	
Art. 28 Condizione Speciale “D”:	19
Supervalutazione dell’Invalidità Permanente per la vista, l’udito e la voce	
Art. 29 Condizione Speciale “I”:	20
Limitazione dell’assicurazione agli infortuni professionali	
Art. 30 Condizione Speciale “K”:	20
Limitazione dell’assicurazione agli infortuni conseguenti all’uso di veicoli a motore	
Art. 31 Condizione Speciale “L”:	20
Limitazione dell’assicurazione agli infortuni extraprofessionali	
Art. 32 Condizione Speciale “M”:	20
Responsabilità civile del Contraente	
Art. 33 Condizione Speciale “N”:	21
Rischio in “itinere”	
COSA NON E’ ASSICURATO	22
Art. 34 Infortuni esclusi dall’assicurazione	22
LIMITI DI COPERTURA	23
Art. 35 Validità territoriale	23
Art. 36 Limite di età:	23
Cessazione dell’assicurazione per compimento dell’età massima assicurabile	
Art. 37 Limitazione dell’indennizzo per sinistri catastrofali	23
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITÀ	24
Art. 38 Denuncia del sinistro e oneri relativi	24
Art. 39 Criteri di indennizzabilità	24
Art. 40 Modalità di liquidazione dell’indennizzo	24
per invalidità permanente - franchigia assorbibile e maggiorazioni di danno	
Art. 41 Franchigia per inabilità temporanea	25
Art. 42 Responsabilità civile del Contraente	25
Art. 43 Cambiamento delle attività professionali	25
dell’Assicurato o delle sue mansioni dichiarate	
Art. 44 Controversie - Arbitrato irrituale	26
Art. 45 Pagamento dell’indennizzo	27
SUGGERIMENTI O NOTIZIE UTILI PER OTTENERE L’INDENNIZZO	28
ELENCO DELLE ATTIVITA’ PROFESSIONALI	30
MODELLO DI DENUNCIA SINISTRO	34

Nel testo del contratto di assicurazione “Tuttocampo” si incontrano spesso le parole o i termini che seguono, cui la Società e il Contraente attribuiscono espressamente il significato qui di seguito riportato, che assume valore ai fini dell’interpretazione della normativa contrattuale.

Ambulatorio

È 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

È il soggetto il cui interesse è protetto dall’assicurazione.

Assicurazione

È il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a versare all’Assicurato o ai suoi beneficiari, entro i limiti contrattualmente convenuti, l’indennizzo previsto in caso di sinistro.

Beneficiario

È il soggetto (persona fisica o giuridica) cui la Società dovrà pagare la somma assicurata - con le modalità previste nel contratto assicurativo - per il caso di sinistro mortale dell’Assicurato.

Contraente

È il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula l’assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali.

Day hospital

Il termine indica la degenza esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica - da cui risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell’Assicurato nell’istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l’esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.

Franchigia

È la parte dell’indennizzo che può rimanere a carico dell’Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto.

Inabilità temporanea

Il termine significa la perdita temporanea, che può essere totale o parziale, a seguito di infortunio della capacità dell’Assicurato di attendere alle attività dichiarate, per le quali è prestata l’assicurazione.

Indennizzo

Consiste nella somma, determinata in base a quanto e come è stato contrattualmente convenuto, dovuta dalla Società all’Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di sinistro garantito.

Infortunio

È ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche dell’Assicurato oggettivamente constatabili.

Ingessatura

Consiste nell'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni - esclusi comunque quelli sotto elencati - di materiale vario che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali, purché clinicamente diagnosticate con l'ausilio di radiografie, TAC (tomografia assiale computerizzata), RM (risonanza magnetica) in artroscopia. Non sono, comunque, considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere;
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli";
- c) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili);
- d) i collari di Schanz, Colombani o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice contenimento o di immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lett. a) - b) - c) - d).

Invalità permanente

Il termine significa la perdita definitiva - che può essere totale o parziale, anatomica o funzionale - di arti od organi a seguito di infortunio, avente per conseguenza la riduzione o la perdita totale della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Il termine indica l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario o la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture per convalescenza o lunga degenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

Polizza

E' il documento che comprova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

È la somma dovuta dal Contraente alla Società per ottenere la garanzia assicurativa.

Ricovero

È la degenza dell'Assicurato, comportante pernottamento, in un istituto di cura a seguito di un infortunio.

Rischio

È la possibilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Consiste nell'infortunio che abbia per conseguenza l'operatività contrattuale di una o più delle prestazioni assicurative garantite.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A..

Tuttocampo

È la denominazione del presente contratto assicurativo.

Articolo 1 - Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio

La Società presta l'assicurazione sulla base delle dichiarazioni tutte rese dal Contraente e/o dall'Assicurato nel contratto al momento della sua stipulazione. Tali dichiarazioni costituiscono elemento essenziale ai fini della validità dell'assicurazione. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo - secondo il pregiudizio arrecato - e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio che si verifichi nel corso di vigenza dell'assicurazione relativamente alle persone assicurate.

Fermo restando quanto è previsto all'Art. 17, gli altri aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare per l'Assicurato la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 3 - Cessazione dell'assicurazione per aggravamento del rischio

La cessazione dell'assicurazione in corso per aggravamento del rischio comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'Art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta - già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Articolo 4 - Diminuzione del rischio

In caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso dall'assicurazione.

Articolo 5 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per le medesime persone e per gli stessi rischi garantiti da "Tuttocampo", ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra comporta per l'Assicurato la decadenza dal diritto all'indennizzo.

Articolo 6 - Pagamento del premio - decorrenza e scadenza dell'assicurazione

"Tuttocampo" ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di

premio successive, “Tuttocampo” resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell’Art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all’Agenzia alla quale è assegnato il contratto oppure alla Sede della Società. “Tuttocampo” scade alle ore 24 del giorno indicato nella polizza, salvo che non si rinnovi tacitamente a norma dell’Art. 9 o la Parte che ne ha diritto non eserciti - così come è previsto all’Art. 7 - la facoltà di recesso in caso di sinistro o non si verifichi - così come è previsto all’Art. 5 - il recesso della Società in caso di stipulazione di altre assicurazioni successive.

Articolo 7 - Recesso dall’assicurazione in caso di sinistro

Testo valido esclusivamente nel caso in cui il Contraente sia un “professionista”, ossia una persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che utilizza il contratto nel quadro della sua attività imprenditoriale e professionale (Art. 1469 bis, 2° comma del Codice Civile):

La Società ha la facoltà di recedere dal contratto, a mezzo di comunicazione scritta inviata per raccomandata e con un preavviso di 30 giorni, dopo ogni denuncia di sinistro garantito e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell’indennizzo. In tal caso, la Società rimborsa al Contraente il premio - al netto delle imposte - in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione del contratto al termine del periodo di assicurazione in corso. Il pagamento dei premi venuti a scadenza successivamente alla denuncia del sinistro o la loro riscossione o la richiesta del loro pagamento non potrà essere interpretato come rinuncia della Società a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 8 - Assicurazione per conto di altre persone

Se “Tuttocampo” è stipulata per conto di altre persone che il Contraente ha interesse ad assicurare, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente stesso, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall’Assicurato, così come dispone l’Art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 9 - Tacita proroga dell’assicurazione

Se “Tuttocampo” ha una durata non inferiore ad un anno, l’assicurazione, in mancanza di disdetta data dalla Società o dal Contraente mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si intende prorogata automaticamente per un anno e così successivamente, di anno in anno.

Articolo 10 - Rinuncia della Società all’azione di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell’Assicurato e dei suoi aventi causa a esercitare il diritto di surrogazione che è previsto all’Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell’infortunio.

Articolo 11- Indipendenza dell’assicurazione da obblighi di legge

Il contratto “Tuttocampo” è stipulato indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

Articolo 12 - Oneri fiscali dell'assicurazione

Sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto "Tuttocampo".

Articolo 13 - Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione

A norma dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da "Tuttocampo" si prescrivono dopo due anni, salva l'interruzione della prescrizione da parte dei titolari dei diritti stessi.

Articolo 14 - Foro competente

Il Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero del luogo ove ha sede la Direzione della Società, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto. Qualora il Contraente sia qualificabile come "consumatore" come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206, per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore.

Articolo 15 - Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge

Il contratto "Tuttocampo" è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dal contratto, valgono le norme di legge.

Chi e cosa è assicurato

8 di 34

Articolo 16 - Chi è assicurato

Sono assicurabili il personale di piccole e medie imprese, le collettività ma anche singoli individui dai rischi infortuni: professionali e/o extraprofessionali, automobilistici (guidatori e/o trasportati).

Articolo 17 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci), da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di una o più di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo.

Articolo 18 - Cosa è assicurato - Oggetto dell'assicurazione

Articolo 18.1 - Infortuni assicurati

“Tuttocampo” vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nel contratto assicurativo;
- di ogni altra attività, anche durante il tempo libero, che non abbia carattere di professionalità, compresi i comuni hobby e i lavori attinenti la vita familiare.

L'assicurazione per gli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive, svolte sia a puro titolo ricreativo che con carattere agonistico, è prestata alle condizioni e con gli eventuali limiti che sono previsti all'Art. 18.2.

L'indennizzo contrattualmente dovuto viene corrisposto dalla Società per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio garantito, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute. In caso di morte e di invalidità permanente, il relativo indennizzo è dovuto se tali situazioni si verificano - anche successivamente alla scadenza di “Tuttocampo” - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

“Tuttocampo” vale anche in caso di:

- a) asfissia o intossicazione, non di origine patologica, causata da fuga o da inalazione di gas o vapori;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione di cibi, liquidi o altre sostanze velenose;
- c) contatto improvviso con agenti corrosivi;
- d) infezioni causate da morsi di animali e punture di insetti (ferme restando, comunque, le esclusioni previste alla lett. q) dell'Art. 34 per le infezioni malariche e le malattie tropicali, nonché per le conseguenze di punture di zecca);
- e) annegamento;
- f) assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche e atmosferiche, nonché effetti

della prolungata esposizione a fenomeni climatici del caldo e del freddo cui l'Assicurato non si sia potuto sottrarre a causa di infortunio indennizzabile dal contratto assicurativo;

g) lesioni muscolari determinate da sforzi (esclusi, comunque, gli infarti).
"Tuttocampo" vale, altresì, nei casi previsti ai commi seguenti:

Comma A) - Infortuni derivanti da calamità naturali

A condizione che la durata di "Tuttocampo" non sia inferiore ad un anno, la garanzia vale - a parziale deroga di quanto è previsto alla lett. b) dell'Art.34 - per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni o altre simili calamità naturali, che abbiano come conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Comma B) - Infortuni derivanti da tumulti popolari

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. c) dell'Art. 34, si considerano coperti dall'assicurazione gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di tumulti popolari ai quali egli stesso non abbia preso parte attiva.

Comma C) - Infortuni all'estero dovuti occasionalmente a guerre, insurrezioni e occupazioni militari

A parziale deroga di quanto è stabilito all'Art. 1912 del Codice Civile e di quanto è previsto alla lett. c) dell'Art. 34, la garanzia vale anche per gli infortuni che l'Assicurato, quale civile, può subire occasionalmente all'estero - cioè fuori dai territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in conseguenza di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni popolari e occupazioni militari per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, sempre che l'Assicurato stesso risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova in un paese estero che era in pace fino al momento del suo arrivo e non vi prenda parte attiva.

Comma D) - Infortuni derivanti dalla guida occasionale e non professionale di macchine agricole

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. e) dell'Art. 34, la garanzia è estesa anche agli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza della guida occasionale di macchine agricole in genere, quali sono definite dalle norme che disciplinano la circolazione stradale, non derivante dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto assicurativo, a condizione che l'Assicurato stesso sia munito - ove prevista - di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti.

Resta convenuto però, che le somme assicurate si intendono tutte ridotte del 50% in caso di infortunio verificatosi in base a quanto previsto nel presente Comma.

Comma E) - Mancato rinnovo della patente di abilitazione alla guida

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. f) dell'Art. 34, la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire quando, trovandosi alla guida di veicoli o natanti per i quali sia prevista dalle disposizioni di legge una patente di abilitazione, pur essendo in possesso del previsto documento, questo sia scaduto da non oltre un anno e non sia stato rinnovato o regolarizzato dall'Assicurato stesso per mera dimenticanza.

Comma F) - Infortuni aeronautici

A condizione che la durata di "Tuttocampo" non sia inferiore ad un anno, la garanzia vale - a parziale deroga di quanto è previsto alla lett. h) dell'Art. 34 - per gli infortuni che l'Assicurato può subire, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento in genere su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

La presente garanzia non è valida per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso di apparecchi per il volo sportivo o da diporto (quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendii o simili). Agli effetti dell'assicurazione, il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne discende, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

Comma G) - Servizio militare

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. n) dell'Art. 34, la garanzia è prestata - in tempo di pace - durante il servizio militare di leva o durante il servizio sostitutivo dello stesso o durante il richiamo per esercitazioni ordinarie. L'assicurazione non vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante uno dei servizi sopra indicati in conseguenza di interventi armati, sia dentro che fuori dei confini della Repubblica Italiana.

Comma H) - Ernie addominali da sforzo

A parziale deroga di quanto è previsto alla lett. r) dell'Art. 34, la garanzia, limitatamente al caso di invalidità permanente, è estesa anche alle ernie addominali determinate da sforzo, purché non suscettibili di correzione chirurgica. In tal caso, ancorché si tratti di ernia bilaterale, la Società liquida un indennizzo calcolato, a norma degli Artt. 20 e 40, in base all'invalidità permanente accertata, la cui percentuale massima non potrà essere riconosciuta, comunque, in misura superiore al 10% della totale.

Comma I) - Infortuni dovuti a colpa grave dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di una colpa grave sua, o del Contraente, o del Beneficiario dell'indennizzo per il caso di morte.

Comma L) - Altre estensioni di garanzia

"Tuttocampo" vale anche per gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di:

- a) colpo di sonno, stato di malore o di incoscienza;
- b) imperizia, imprudenza o negligenza, anche se gravi;
- c) ubriachezza non durante la guida di mezzi di locomozione;
- d) aggressioni o altre violenze, atti di terrorismo o vandalismo, attentati, ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- e) guida - anche a titolo professionale, secondo l'attività dichiarata nel contratto assicurativo - di autovetture, autocaravan, autoveicoli per

trasporto promiscuo di persone e cose, autocarri, velocipedi, ciclomotori, motocicli, motocarri e natanti da diporto, per i quali l'Assicurato sia in possesso - ove prescritta - di regolare patente di abilitazione alla guida secondo le vigenti disposizioni di legge;

- f) uso - in qualità di passeggero o di trasportato a titolo professionale, in quest'ultimo caso secondo l'attività professionale dichiarata nel contratto assicurativo - di tutti i mezzi di locomozione terrestre e di natanti di superficie.

Articolo 18.2 - Rischi sportivi

“Tuttocampo” vale per la pratica delle attività sportive in genere (compresi allenamenti e prove) svolte a puro titolo ricreativo - anche se con carattere agonistico - eccetto comunque il paracadutismo, il parapendio ed altre attività aeree similari.

Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che talune attività sportive comportano, per quelle di esse qui di seguito elencate gli indennizzi liquidabili a termini di polizza sono proporzionalmente ridotti secondo i valori espressi per ciascuna pratica sportiva, in relazione alla gravità del rischio o alle modalità e circostanze nelle quali si svolge l'attività sportiva:

fascia di rischi A)

sono indennizzabili con il 20% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati:

- > alpinismo;
- > arrampicata libera su rocce naturali e rocce o muri o altri ostacoli simili artificiali (free climbing);
- > atletica pesante;
- > bob;
- > football americano;
- > guidoslitte;
- > immersione con autorespiratore;
- > lotta nelle varie forme, eccetto quella greco-romana;
- > pugilato;
- > regate o traversate effettuate in solitario in alto mare;
- > rugby;
- > salto dal trampolino con sci o idrosci;
- > scalata di rocce o ghiacciai;
- > sci acrobatico;
- > scialpinismo;
- > sci estremo;

fascia di rischi B)

sono indennizzabili con il 30% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati, salvo che l'infortunio si verifichi nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive o dell'Automobile Club (nel qual caso l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- > automobilismo;
- > motociclismo;
- > motonautica;

fascia di rischi C)

sono indennizzabili con il 50% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono praticati:

- sollevamento pesi;
- speleologia;
- sport del ghiaccio (eccetto pattinaggio sul ghiaccio);

fascia di rischi D)

sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di gare o corse (e relative prove ed allenamenti) organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive (in caso diverso, invece, l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- calcetto;
- calcio;
- canoa e sport simili consistenti nella discesa di fiumi e torrenti;
- ciclismo;
- pattinaggio sul ghiaccio;
- sci;

fascia di rischi E)

sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile, gli infortuni che l'Assicurato può subire nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di gare o corse (e relative prove e allenamenti) organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive (in caso diverso, invece, l'indennizzo non è soggetto a riduzione alcuna):

- baseball;
- equitazione;
- hockey su prato o su pista;
- judo;
- lotta greco-romana;
- pallacanestro;
- pallamano;
- pallavolo;
- pentathlon moderno;
- tennis.

Nella tabella di seguito riprodotta sono riassunte le percentuali di indennizzo spettanti - rispetto all'intero valore dell'indennizzo contrattualmente liquidabile - per gli infortuni verificatisi durante la pratica delle attività sportive raggruppate nelle precedenti fasce di rischio di cui alle lettere A) - B) - C) - D) - E).

fasce di rischi sportivi	percentuali di indennizzo spettanti
a) in ogni caso di pratica	20
b) per pratica:	
- in caso di regolarità pura sotto l'egida di federazioni sportive o automobile club	100
- in ogni altro caso	30
c) in ogni caso di pratica	50
d) per pratica:	
- sotto l'egida di federazioni sportive	40
- in ogni altro caso	100
e) per pratica:	
- sotto l'egida di federazioni sportive	66
- in ogni altro caso	100

Articolo 19 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa, fermo restando quanto è previsto all'Art. 38, si verifichi - anche successivamente alla scadenza di "Tuttocampo" - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Qualora, a seguito di infortunio contrattualmente indennizzabile, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma che l'Assicurato stesso sia deceduto, la Società corrisponderà il capitale garantito per il caso di morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. In caso di affondamento o naufragio di natante oppure di caduta di aeromobile adibito al trasporto pubblico e collettivo di passeggeri, la Società corrisponderà il capitale garantito non prima che siano trascorsi 6 mesi dal sinistro qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e questi sia stato dato per disperso, a seguito del sinistro stesso, a norma degli Artt. 211, 212 e 838 del Codice della Navigazione. Se, successivamente al pagamento dell'indennizzo per morte presunta, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente, qualora sia garantita, eventualmente residuata a seguito dell'infortunio. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i suoi eredi non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto all'eventuale differenza tra l'indennizzo per morte e quello già pagato per invalidità permanente.

Articolo 20 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa, fermo restando quanto è disposto all'Art. 38, si verifichi - anche successivamente alla scadenza di "Tuttocampo" - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato stesso, salva l'applicazione delle franchigie o delle maggiorazioni che sono previste all'Art. 40, un indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali e i criteri seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
la falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
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%
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell'alluce	2,5%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
la voce	30%
Perdita anatomica di:	
un rene	15%
la milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
Anchilosi di:	
scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° (con prono-supinazione libera)	20%
polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%
anca in posizione favorevole	35%
ginocchio in estensione	25%
tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa di:	
nervo radiale	35%
nervo ulnare	20%
sciatico popliteo esterno	15%
Sordità completa di:	
un orecchio	10%
ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
Postumi di frattura:	
scomposta di una costa	1%
amielica di corpo vertebrale con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
di un metamero sacrale	3%
di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di lesioni meniscali del ginocchio:	
se complete e disposte in senso trasversale	3%
in tutti gli altri casi	1%
Postumi di lesione completa di legamento del ginocchio:	
collaterale interno	12%
collaterale esterno	8%
crociato anteriore	6%
crociato posteriore	6%
Postumi di:	
trauma distorsivo della colonna cervicale che presenti solo contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
lesione completa da sforzo del capo lungo del bicipite con lacerazione chiaramente dimostrata mediante RM (risonanza magnetica)	4%
rottura tendino-muscolare della cuffia dei rotatori	4%
rottura tendino-muscolare del bicipite brachiale	4%
rottura tendino-muscolare quadricipite femorale	4%

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

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica parziale di una falange terminale delle dita, la percentuale di invalidità permanente viene ridotta del 50% rispetto a quella prevista per la perdita anatomica dell'intera falange stessa.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con criteri aritmetici, fino o raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. 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 preesistente. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. L'indennizzo per invalidità permanente è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo", eccetto quello per morte.

Articolo 21 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un'inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società corrisponde all'Assicurato stesso, salva l'eventuale applicazione della franchigia che è prevista all'Art. 41, la somma assicurata con le modalità e con le misure seguenti:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo per inabilità temporanea per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio. Qualora l'infortunio non sia stato denunciato regolarmente o sia stato denunciato in ritardo, i termini precedenti vengono computati a partire dal giorno successivo a quello della regolare denuncia, anziché dell'infortunio. In ogni caso, non vengono computati nell'indennizzo i giorni che rientrano nella franchigia che è prevista all'Art. 41.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da "Tuttocampo".

Articolo 22 - Ricovero e convalescenza

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, la Società corrisponde la somma assicurata per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato stesso - computandosi a tal fine il numero dei pernottamenti - e per la durata massima di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio ma, comunque, non oltre 2 anni dallo stesso.

Successivamente a un ricovero di durata superiore a 12 giorni consecutivi, la Società corrisponde all'Assicurato anche un indennizzo giornaliero di

“convalescenza” che, indipendentemente dalla sua concreta necessità e/o durata, viene forfetariamente riconosciuto per un periodo di 12 giorni. L’indennizzo per la convalescenza viene corrisposto in misura giornaliera pari al 50% di quella garantita per il ricovero. L’indennizzo per il ricovero, e quello per la convalescenza, sono cumulabili con ogni altro indennizzo garantito da “Tuttocampo”.

Articolo 23 - Ingessatura

Se l’infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di applicare un’ingessatura all’Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata per ciascun giorno in cui l’Assicurato stesso sia portatore dell’ingessatura - tanto in regime di ricovero che fuori - ma per la durata massima per ogni evento di 60 giorni, anche se non consecutivi, purché entro 1 anno dalla data dell’infortunio. Ai fini contrattuali, si intende per “ingessatura” ogni mezzo di immobilizzazione ortopedica di cui può essere portatore l’Assicurato a seguito di infortunio, che abbia tutte le caratteristiche riportate alla voce “Ingessatura”, nel contesto della “Terminologia contrattuale”.

Qualora l’ingessatura consista nell’applicazione di una cosiddetta “stecca digitale di Zimmer”, l’indennità giornaliera viene corrisposta - fino alla rimozione della “stecca”, ma per un massimo di 10 giorni per ogni evento - in misura pari al 50% di quella garantita per il caso di ingessatura. L’indennizzo per ingessatura è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito da “Tuttocampo”.

Articolo 24 - Rimborso spese mediche

Se l’infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la necessità di cure mediche da parte dell’Assicurato, la Società effettua il rimborso delle relative spese sanitarie sostenute dall’Assicurato stesso, purché pertinenti all’evento, nei casi e con le modalità seguenti:

1) In caso di ricovero con pernottamento in istituto di cura (con o senza intervento chirurgico)

L’assicurazione vale, fino a concorrenza del massimale assicurato, per il rimborso delle spese sostenute dall’Assicurato:

◆ durante il ricovero

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per rette di degenza;
- per onorari per l’équipe chirurgica;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi comprese le endo-protesi applicate durante l’intervento;

◆ prima e dopo il ricovero

- per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, effettuati nei 90 giorni precedenti alla data dell’intervento chirurgico o all’inizio del ricovero, sempre che siano prescritti dal medico e siano pertinenti all’infortunio che ha reso necessario il ricovero;
- visite specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche, esami, accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell’intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero, sempre che siano prescritti da un medico e siano pertinenti all’infortunio che ha reso necessario il ricovero;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'istituto di cura o da un istituto di cura all'altro e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

2) In caso di intervento chirurgico in istituto di cura in regime di day hospital o in ambulatorio

L'assicurazione vale, fino a concorrenza del 10% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 2.583,00, per il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

◆ **durante il day hospital o nell'ambulatorio**

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per onorari per l'équipe chirurgica;
- per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi comprese le endo-protesi applicate durante l'intervento;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, all'ambulatorio o all'istituto di cura e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

3) In caso di cure in istituto di cura in regime di day hospital o presso un pronto soccorso o presso un ambulatorio

L'assicurazione vale, fino a concorrenza del 5% del massimale assicurato e, comunque, non oltre il limite massimo di € 517,00, per il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato:

◆ **nell'istituto di cura o nel pronto soccorso o nell'ambulatorio**

- per prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici;

◆ **trasporto sanitario**

- per trasferimento, con idoneo mezzo di trasporto sanitario, al pronto soccorso e, successivamente, al domicilio dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copie della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia viene effettuato all'Assicurato a cura ultimata, contro esibizione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, a lui intestate e debitamente quietanzate. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi gli originali delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. A richiesta dell'Assicurato, la Società gli restituisce gli originali di notule, fatture, distinte e ricevute di spese a lui intestate, previa annotazione dell'indennizzo pagato. Il rimborso delle spese per cure mediche è cumulabile con ogni altro indennizzo contrattualmente garantito da "Tuttocampo".

Con quali condizioni posso personalizzare la mia copertura

18 di
34

CONDIZIONI SPECIALI

(Valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio della Polizza di Assicurazione - Parte "A" - Mod. 14.22)

Articolo 25 - Condizione Speciale "A": Riferimento alla tabella di "Legge" per il caso di invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità permanente che è prevista all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 31 dicembre 1999.

Nei casi di lesioni e menomazioni che non trovino nessun riferimento nemmeno per analogia, nella tabella suddetta, la valutazione dei postumi di invalidità permanente viene effettuata in base alle percentuali previste nella tabella riportata all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione e con i criteri tutti contemplati nel suddetto articolo. Nel prospetto seguente è riportato un estratto della tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124:

descrizione delle invalidità permanenti	percentuali	
	destro	sinistro
perdita di un braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
perdita totale dell'avambraccio	75	65
perdita della mano	70	60
perdita di tutte le dita della mano	65	55
perdita totale del pollice	28	23
perdita totale dell'indice	15	13
perdita totale del medio		12
perdita totale dell'anulare		8
perdita totale del mignolo		12
perdita totale di una gamba (coscia)		80
perdita di un piede		50
perdita totale del solo alluce		7
sordità completa di un orecchio		15
sordità completa bilaterale		60
perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100
perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
perdita della milza		15

Articolo 26 - Condizione Speciale "B": Rivalutazione annua delle somme assicurate e del premio

Le somme assicurate ed il premio aumenteranno a ogni scadenza annuale in misura costante pari al 5% degli importi inizialmente stabiliti. A tale rivalutazione saranno soggette anche le somme assicurate indicate agli Artt. 40 e 41 delle Condizioni Generali di Assicurazione, nonché quelle riportate nella Condizione Speciale di Assicurazione "C".

Dopo le prime cinque rivalutazioni annue, è in facoltà di ciascuna delle Parti di rinunciare a quelle ulteriori. La rinuncia deve essere comunicata con lettera raccomandata spedita non oltre 270 giorni successivi alla scadenza del premio annuo a cui è stata applicata l'ultima rivalutazione e avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità assicurativa.

Articolo 27 - Condizione Speciale "C": Supervalutazione dell'Invalidità Permanente per gli arti superiori

Fermo restando quant'altro è previsto all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si intendono modificate come segue le percentuali di danno della tabella ivi riportata per le voci appresso elencate:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
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 dell'anulare o del mignolo	7%

Per la liquidazione dell'indennizzo non si tiene conto del disposto dell'Art. 40 delle Condizioni Generali di Assicurazione, ma in sua vece valgono le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 104.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 104.000,00 e fino a € 259.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000,00, la Società non corrisponde all'Assicurato alcun indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, corrisponde l'indennizzo soltanto per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 20% della totale, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 66% della totale, la Società corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari all'intera somma assicurata per tale caso.

Articolo 28 - Condizione Speciale "D": Supervalutazione dell'invalidità permanente per la vista, l'udito e la voce

Fermo restando quant'altro è previsto all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si intendono modificate come di seguito le percentuali di danno della tabella ivi riportata per le voci seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
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%

Articolo 29 - Condizione Speciale “I”: Limitazione dell’assicurazione agli infortuni professionali

A parziale deroga di quanto è previsto all’Art. 18.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l’Assicurato subisca nell’esercizio delle attività professionali dichiarate e svolte alle dipendenze, per ordine e conto del Contraente.

Articolo 30 - Condizione Speciale “K”: Limitazione dell’assicurazione agli infortuni conseguenti all’uso di veicoli a motore

A parziale deroga di quanto è previsto all’Art. 18.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che subisca l’Assicurato in conseguenza:

- della guida di veicoli a motore terrestri - per i quali egli sia in possesso, ove prevista, di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti - e delle operazioni strettamente necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia;
- del trasporto su veicoli a motore terrestri, dal momento in cui vi sale a bordo al momento in cui ne discende, ivi comprese la salita e la discesa.

Gli indennizzi contrattualmente dovuti per le persone trasportate saranno liquidati mediante applicazione della regola proporzionale nei casi in cui, rispetto al numero dei posti previsti dalla carta di circolazione del veicolo, meno quello del guidatore, risulti che:

- al momento del sinistro si trovi a bordo del veicolo un numero superiore di trasportati;
- il numero di posti dichiarato dal Contraente, in base al quale è stato conteggiato il premio relativamente alle persone trasportate, sia inferiore.

Articolo 31 - Condizione Speciale “L”: Limitazione dell’assicurazione agli infortuni extraprofessionali

A parziale deroga di quanto è previsto all’Art. 18.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni extraprofessionali ed extra lavoro, cioè per quegli infortuni che l’Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità, ivi compresi i comuni hobby e l’esecuzione di lavori ordinari nell’ambito della vita familiare.

Articolo 32 - Condizione Speciale “M”: Responsabilità civile del Contraente

Resta convenuto quanto segue:

- 1) Alle condizioni che seguono, la Società assicura il Contraente per il caso prospettato all’Art. 42 delle Condizioni Generali di Assicurazione e cioè che l’Assicurato o, in caso di morte, i suoi beneficiari di cui all’Art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione non rilascino quietanza liberatoria anche verso il Contraente e avanzino nei di lui confronti pretesa a titolo di responsabilità civile ai sensi di legge.
- 2) Fermo restando, a norma dell’Art. 42 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l’accantonamento dell’indennizzo dovuto nella ipotesi ivi prevista al primo comma, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare per le garanzie assicurative prestate in

eccedenza agli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in base alle Condizioni Generali di Assicurazione, fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di detti indennizzi, con un massimo complessivo di € 155.000,00 per ogni Assicurato.

- 3) Nell'ipotesi, invece, prevista al secondo comma del citato Art. 42 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'indennizzo accantonato viene pagato, sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno, anche ai sensi del seguente punto 9 della presente Condizione Speciale.
- 4) Se, con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione di cui alla presente garanzia vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi, in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al precedente punto 2 della presente Condizione Speciale.
- 5) Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso a carico della Società per l'assicurazione di cui alla presente garanzia non potrà superare la somma complessiva di € 516.500,00.
- 6) I limiti massimi di indennizzo di cui ai punti 2 e 5 della presente Condizione Speciale restano fermi anche qualora sia stato pattuito l'adeguamento costante delle somme assicurate e del premio, di cui alla Condizione Speciale "B".
- 7) La presente garanzia è operante soltanto per infortuni indennizzabili ai sensi di polizza, con esclusione degli infortuni aeronautici, di cui all'Art. 18.1, Comma F, delle Condizioni Generali di Assicurazione.
La presente garanzia non vale, altresì, per gli infortuni che colpiscano:
 - ◆ parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
 - ◆ amministratori o soci del Contraente, qualora si tratti di una Società a responsabilità illimitata, ed i loro parenti o affini con essi conviventi;
 - ◆ persone soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.
- 8) Se per l'infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia conoscenza; parimenti, dovrà informare la Società di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.
- 9) La Società assume, fino a quando ne ha interesse e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.
- 10) Si applicano alla presente assicurazione, in quanto non diversamente disposto, le Condizioni Generali di Assicurazione.

Articolo 33 - Condizione Speciale "N": Rischio in "itinere"

La garanzia comprende gli infortuni che avvengano durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, entro i limiti di 2 ore per l'andata e 2 ore per il ritorno.

Cosa non è assicurato

22 di
34

Articolo 34 - Infortuni esclusi dall'assicurazione

“Tuttocampo” non vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire in conseguenza di:

- a) azioni dolose da lui compiute o tentate, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- b) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma A);
- c) guerre, insurrezioni, tumulti popolari e occupazioni militari, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma B) e Comma C);
- d) guida in stato di ebbrezza e/o ubriachezza di qualsiasi veicolo terrestre o natante, con o senza motore;
- e) guida non professionale di macchine agricole in genere, quali sono definite dalle norme che disciplinano la circolazione stradale, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma D);
- f) guida di tutti gli altri veicoli terrestri diversi dalle macchine agricole elencate nella precedente lett. e) o di natanti in genere, con o senza motore, per i quali egli sia privo - ove prevista - di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni di legge vigenti, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma E);
- g) guida e uso di mezzi subacquei;
- h) guida e uso di velivoli e aeromobili, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - comma F) per l'uso di aeromobili in qualità di passeggero;
- i) pratica di paracadutismo, parapendio e altre attività aeree similari;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- m) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- n) servizio militare o servizio sostitutivo dello stesso, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma G);
- o) operazioni chirurgiche, terapie, cure e trattamenti medici, non resi necessari da infortunio.

“Tuttocampo” non vale, altresì, per:

- p) infortuni che abbiano come conseguenza la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- q) conseguenze di punture di zecca, nonché di infezioni malariche e malattie tropicali causate da morsi di animali e punture di insetti;
- r) conseguenze di infarti ed ernie di qualsiasi tipo, salvo quanto è previsto all'Art. 18.1 - Comma H) per le ernie addominali da sforzo.

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.

Articolo 35 - Validità territoriale

“Tuttocampo” vale in tutto il mondo, ma l’inabilità temporanea, al di fuori dei Paesi dell’Unione Europea, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero. Tale limitazione cessa alle ore 24 del giorno del rientro dell’Assicurato in un Paese dell’Unione Europea.

Articolo 36 - Limite di età - Cessazione dell’assicurazione per compimento dell’età massima assicurabile

Qualora nel contratto non sia indicata l’età dell’Assicurato, “Tuttocampo” cessa al compimento del suo 77° anno d’età. Tuttavia, se l’Assicurato compie tale età nel periodo di vigenza dell’assicurazione, “Tuttocampo” rimane efficace fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Articolo 37 - Limitazione dell’indennizzo per sinistri catastrofali

In caso di unico evento che colpisca più persone assicurate contro gli infortuni con la Società, l’esborso massimo di quest’ultima per indennizzi non potrà superare complessivamente € 20 milioni. Qualora, invece, gli indennizzi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite di € 20 milioni e il totale degli indennizzi dovuti.

Cosa fare in caso di sinistro e criteri di indennizzabilità

24 di
34

Articolo 38 - Denuncia del sinistro e oneri relativi

Fermo restando il disposto dell'Art. 1915 del Codice Civile, la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto entro 3 giorni.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare, fino a guarigione avvenuta, altri certificati medici sul decorso delle lesioni, rinnovandoli alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari per la valutazione del sinistro e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Articolo 39 - Criteri di indennizzabilità

Come è previsto anche all'Art. 18.1, l'indennizzo viene corrisposto dalla Società per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio garantito, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute. Pertanto, non sono indennizzabili, essendo conseguenze indirette, né l'influenza che l'infortunio garantito può aver esercitato sulle condizioni fisiche e/o patologiche dell'Assicurato preesistenti e/o sopravvenute, né il pregiudizio che tali condizioni possono arrecare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio.

In caso di invalidità permanente, rimane confermato, comunque, quanto è stabilito all'Art. 20. Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- Oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata; oppure, in assenza di offerta in misura determinata
 - 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.

Articolo 40 - Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente - franchigia assorbibile e maggiorazioni di danno

La Società corrisponde l'indennizzo per il caso di invalidità permanente - fermo restando quanto è previsto all'Art. 20 - con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a € 259.000,00, non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 259.000,00, non si fa luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se, invece, l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene liquidato soltanto per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo viene liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 66% della totale, viene corrisposto un indennizzo pari all'intera somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Articolo 41 - Franchigia per inabilità temporanea

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennizzo per inabilità temporanea a partire:

- a) dal 7° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 21, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata non sia superiore a € 25,00;
- b) dal 10° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 21, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata sia maggiore di € 25,00 ma non superi € 37,50;
- c) dal 14° giorno successivo a quello che è stabilito all'Art. 21, nel caso in cui la somma giornaliera assicurata sia superiore a € 37,50.

Qualora l'infortunio abbia comportato un ricovero, o un'ingessatura senza ricovero dell'Assicurato, durante i periodi di inabilità temporanea che sono previsti come non indennizzabili alle precedenti lettere a) - b) - c), ma coincidenti con il decorso di uno di tali eventi, la Società corrisponde l'indennizzo assicurato per inabilità temporanea senza applicare alcuna franchigia.

Articolo 42 - Responsabilità civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari indicati all'Art. 19 o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto a termini di polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Articolo 43 - Cambiamento delle attività professionali dell'assicurato o delle sue mansioni dichiarate

Poiché il premio e il consenso all'assicurazione sono stati stabiliti dalla Società in base alle dichiarazioni rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto in ordine alle attività professionali principali e secondarie o mansioni svolte dalle persone assicurate, qualora nel corso di vigenza dell'assicurazione si verifichi un cambiamento di tali attività o mansioni, si applicano gli Artt. 2 e 4. Se il cambiamento dell'attività professionale o mansione dell'Assicurato non comporta né aggravamento né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue il suo corso senza variazione di premio per il nuovo rischio. Tuttavia, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento di un'attività professionale o mansione dell'Assicurato diversa da quella dichiarata nel contratto assicurativo, oppure durante lo svolgimento di una diversa attività che presenti comunque obiettivi caratteri di professionalità, senza che il Contraente ne abbia dato ancora comunicazione alla Società, quest'ultima fermo quanto previsto all'Art. 1, corrisponde l'indennizzo secondo i criteri seguenti:

- in misura integrale, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato non comporta un rischio maggiore di quello corrispondente all'attività o mansione professionale indicata nel contratto assicurativo;
- nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato comporta un rischio maggiore di quello corrispondente all'attività o mansione professionale indicata nel contratto assicurativo;
- nessuna indennità, se la diversa attività o mansione dell'Assicurato rientra tra quelle non assicurabili, o assicurabili solo previo patto speciale, di cui all' "Elenco delle Attività Professionali".

Tabella delle attività o mansioni e delle percentuali di indennizzo

	classe	attività dichiarata e relative percentuali di indennizzo			
		a	b	c	d
		attività o mansione svolta dall'assicurato al momento del sinistro	a	100	100
	b	75	100	100	100
	c	55	65	100	100
	d	40	50	65	100

Agli effetti del secondo comma dell'Art. 2, il livello di rischio dell'attività professionale o mansione dichiarata nel contratto rispetto a quella effettivamente svolta dall'Assicurato al momento del sinistro è stato determinato tenendo conto del differente premio richiesto dalla Società per le diverse categorie professionali o mansioni. A tal fine, le attività professionali o mansioni sono riportate nel predetto "Elenco delle Attività Professionali". Per determinare il livello di rischio di attività professionali o mansioni eventualmente non riportate nell' "Elenco delle Attività Professionali" si utilizzano criteri di equivalenza e/o di analogia a un'attività professionale o mansione elencata. Se nel contratto assicurativo sono state dichiarate più attività professionali o mansioni, si prende in considerazione quella di esse di maggior rischio. I rischi sportivi sono regolati esclusivamente dal disposto

dell'Art. 18.2. La Società non corrisponde alcun indennizzo se la diversa attività professionale o mansione rientra tra quelle comunque escluse dall'assicurazione.

Articolo 44 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sul grado dell'invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea e/o del ricovero e/o dell'ingessatura o sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità contrattualmente stabiliti, l'Assicurato e la Società possono ciascuno demandare per iscritto la decisione a 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 ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico, salvo che le Parti non prendano all'occorrenza accordi diversi, risiede nel Comune sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo della residenza anagrafica dell'Assicurato.

L'Assicurato e la Società sostengono ciascuno le proprie spese e remunerano il proprio medico designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso. Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Articolo 45 - 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.

Suggerimenti o notizie utili per ottenere l'indennizzo

28 di
34

In questo paragrafo sono riportati consigli e notizie utili all'Assicurato (o ai suoi Beneficiari) sul da farsi dopo un sinistro per ottenere un rapido indennizzo.

Comunicazione dell'infortunio

Per agevolare all'Assicurato (o ai suoi Beneficiari) la comunicazione di un sinistro, alla fine di questo libretto, è stato riprodotto il facsimile di una denuncia, che può essere utilizzato nelle diverse fattispecie di danno.

Denuncia del sinistro ed incombenze successive

a) **Entro 3 giorni dall'infortunio**

L'Assicurato deve avvisare per iscritto l'Agenzia alla quale è appoggiata la polizza oppure la Direzione della Società di quanto è accaduto.

La denuncia del sinistro:

1) **deve essere:**

- ◆ firmata dall'Assicurato;
- ◆ spedita mediante raccomandata;

oppure

- ◆ presentata a mano all'Agenzia direttamente dall'Assicurato;

oppure

- ◆ fatta pervenire da un familiare dell'Assicurato.

2) **deve contenere queste indicazioni:**

- ◆ numero di polizza; estremi del Contraente della polizza; generalità dell'Assicurato infortunato; luogo, giorno e ora dell'infortunio; cause che hanno provocato l'infortunio, e sommaria descrizione delle modalità e circostanze con le quali esso si è verificato; altre assicurazioni da cui è coperto l'Assicurato;

3) **deve essere corredata da:**

- ◆ primo certificato medico attestante: le lesioni subite, la regione anatomica colpita, la prognosi, l'eventuale ricovero, l'eventuale applicazione di apparecchio gessato o di altro presidio immobilizzante equivalente (**con l'indicazione delle sue caratteristiche**).

b) **Nel successivo periodo dopo l'infortunio**

L'Assicurato deve inviare o consegnare all'Agenzia ogni altro certificato medico di proroga della guarigione non appena rilasciato, tenendo presente che i certificati devono essere rinnovati puntualmente alla scadenza, senza interruzioni temporali. Nel caso in cui vi sia stato un ricovero, è necessario esibire copia della cartella clinica completa.

IMPORTANTE: è consigliabile conservare la fotocopia di ogni documentazione medica inviata alla Società per eventuali successive evenienze.

Pagamento dell'indennizzo

Se a seguito del sinistro coesistono più conseguenze per le quali è dovuto un indennizzo, la Società effettuerà un pagamento unico per l'intera somma. In alcuni casi particolari è possibile ottenere un anticipo sull'indennizzo.

Come si ottiene il pagamento dei singoli indennizzi?

In caso di inabilità temporanea

Se l'infortunio ha comportato solo una inabilità temporanea, l'Assicurato deve rinnovare i certificati di prognosi a ogni scadenza e farli avere tempestivamente alla Società. Alla scadenza del certificato medico di guarigione, la Società procede alla proposta di liquidazione del relativo indennizzo. Il rinnovo dei certificati

medici di prognosi è necessario anche nel caso in cui l'infortunio provochi, oltre all'inabilità temporanea, altre conseguenze.

In caso di invalidità permanente

Avvenuta la stabilizzazione dei postumi e intervenuta la guarigione clinica (occorrono per questo normalmente da 5 a 7 mesi dall'infortunio), la Società, una volta raccolta tutta la documentazione, incarica un Medico Legale di propria fiducia di sottoporre l'Assicurato a una visita medica per l'accertamento del grado di invalidità. Prima o dopo la visita, la Società può disporre a proprie spese ulteriori accertamenti clinici, cui l'Assicurato è obbligato a sottoporsi. In base alla documentazione medica raccolta e sulla scorta della relazione del proprio medico fiduciario, la Società provvede alla proposta di liquidazione del danno. In caso di disaccordo sulla quantificazione del danno, è bene ricordarsi dell'arbitrato medico (vedere l'Art. 44 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

In caso di ricovero

Per ottenere il relativo indennizzo, è sufficiente che l'Assicurato consegni alla Società una copia della cartella clinica completa.

In caso di ingessatura

Il pagamento del relativo indennizzo avviene dietro esibizione della certificazione medica che precisi la data di applicazione e quella di cessazione dell'immobilizzazione e indichi tipo e caratteristiche del tutore immobilizzante che è stato utilizzato.

In caso di rimborso spese mediche

Oltre alla copia della cartella clinica completa, è necessario presentare gli originali di ricevute fiscali, fatture e notule pagate (che successivamente la Società restituisce all'Assicurato per consentirgliene l'eventuale detrazione fiscale).

In caso di sinistro mortale

I beneficiari di polizza devono:

a) immediatamente:

inviare per raccomandata A/R o presentare direttamente all'Agenzia competente la denuncia del sinistro precisando:

- ◆ numero di polizza; estremi del Contraente della polizza; generalità dell'Assicurato deceduto; luogo, giorno e ora dell'infortunio; cause che hanno provocato l'infortunio, e sommaria descrizione delle modalità e circostanze con le quali esso si è verificato; luogo e data del decesso;

b) successivamente:

far pervenire la documentazione necessaria per il pagamento del sinistro e in particolar modo:

- ◆ certificato di morte; certificato di stato di famiglia; certificazione medica da cui risultino le cause del decesso; documentazione a supporto ovvero di precisazione delle circostanze dell'infortunio (**verbali delle Autorità, atti penali, testimonianze, ecc.**);
- ◆ atto notorio (o dichiarazione sostitutiva) contenente l'indicazione degli eredi legittimi dell'Assicurato e la dichiarazione che attesti se il medesimo abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (**in caso affermativo, allegare copia autentica del testamento**);
- ◆ decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il ricorrente alla riscossione della quota parte dell'indennizzo spettante ai figli minori, con esonero della Società da ogni responsabilità relativamente al reimpiego della somma;
- ◆ certificato di non gravidanza della madre e/o della vedova dell'Assicurato (**solo se hanno un'età inferiore a 45 anni**).

Elenco attività professionali

30 di
34

Attività Professionali	classe rischio	codice professione
A		
ABBATTITORE DI PIANTE	D	1004
AGENTE DI ASSICURAZIONE, BORSA, FINANZA, IMMOBILI	A	1011
AGENTE DI COMMERCIO, INDUSTRIA, TURISMO, SERVIZI VARI	B	1022
AGENTE DI PUBBLICA SICUREZZA	riservato alla Direzione	
AGRICOLTORE:		
1 - senza uso di macchine agricole	C	1033
2 - con uso di macchine agricole	D	1044
AGRONOMO	B	1052
ALBERGATORE:		
1 - con lavoro manuale	B	1062
2 - senza lavoro manuale	A	1071
ALLEVATORE DI ANIMALI	C	1083
AMMINISTRATORE DI BENI (propri o altrui)	A	1091
ANALISTA CHIMICO	A	1101
ANALISTA O PROGRAMMATORE DI COMPUTER	A	1111
ANIMATORE TURISTICO O DI MANIFESTAZIONI VARIE	B	1122
ANTENNISTA	D	1134
ARCHEOLOGO (a cielo aperto)	B	1142
ARCHITETTO:		
1 - che accede a cantieri	B	1152
2 - che non accede a cantieri	A	1161
ARREDATORE	A	1171
ARTISTA DI SPETTACOLO	B	1182
ASCENSORISTA	D	1194
ASSISTENTE SOCIALE	A	1201
AUTISTA:		
1 - di autovetture	B	1212
2 - di autocarri fino a q. 35	C	1223
3 - di autobus, trattori, autocarri oltre q. 35	D	1234
AVVOCATO O PROCURATORE LEGALE	A	1241
B		
BARBIERE	B	1252
BARISTA	B	1262
BENESTANTE (senza particolari occupazioni)	A	1271
BENZINAIO	C	1283
BIDELLO	B	1292
BIOLOGO	A	1301
BOSCAIOLO	D	1314
C		
CALCIATORE (di professione)	riservato alla Direzione	
CALZOLAIO	C	1323
CAMERAMEN	B	1332
CAMERIERE	B	1342
CARABINIERE	riservato alla Direzione	
CARPENTIERE	D	1354
CARROZZIERE	D	1364
CASALINGA	B	1372
CAVAIOLO (cave a cielo aperto)	D	1384
CICLISTA (di professione)	riservato alla Direzione	
CLERO	A	1391
COLLABORATRICE DOMESTICA (COLF)	B	1402
COMMERCIALISTA	A	1411
COMMERCIANTE:		
1 - che si occupa della sola parte amministrativa e/o direttiva	A	1421
2 - titolare e commessi addetti alle vendite - MACELLERIA	D	1434
3 - titolare e commessi addetti alle vendite - AMBULANTE	C	1443
4 - titolare e commessi addetti alle vendite - ALTRI GENERI	B	1452
COMMESSO VIAGGIATORE	B	1462
Attività Professionali		
	classe rischio	codice professione
CORNICIAIO	C	1473
CUOCO	C	1483
D		
DENTISTA	A	1491
DIRIGENTE:		
1 - con mansioni amministrative	A	1501

2 - con mansioni tecniche	B	1512
DISEGNATORE	A	1521

E

ELETTRAUTO	C	1533
ELETTRICISTA	C	1543
ENOLOGO	B	1552
ESCAVATORISTA	D	1564
ESTETISTA	B	1572

F

FABBRO	D	1584
FACCHINO	D	1594
FALEGNAME	D	1604
FANTINO	riservato alla Direzione	
FARMACISTA	A	1611
FATTORINO	B	1622
FINANZIERE (GUARDIA DI FINANZA)	riservato alla Direzione	
FISIOTERAPISTA	B	1632
FORNAIO	D	1644
FOTOGRAFO, FOTOREPORTER	B	1652

G

GARAGISTA:		
1 - senza riparazione autovetture	B	1662
2 - con riparazione autovetture	C	1673
GELATAIO	B	1682
GEOLOGO	B	1692
GEOMETRA:		
1 - che non accede a cantieri	A	1701
2 - che accede a cantieri	B	1712
GIARDINIERE	C	1723
GIORNALISTA	B	1732
GOMMISTA	D	1744
GRAFICO, PUBBLICITARIO	A	1751
GRUISTA	D	1764
GUARDIA DI CAMPAGNA, BOSCHI, CACCIA, PESCA	B	1772
GUARDIA GIURATA, DI VIGILANZA DIURNA E NOTTURNA	C	1783
GUARDIA DI ALTRO GENERE	riservato alla Direzione	
GUIDA ALPINA	riservato alla Direzione	
GUIDA TURISTICA	B	1792

H

HOSTESS (esclusi infortuni in volo)	B	1802
-------------------------------------	---	------

I

IDRAULICO	D	1814
IMBIANCHINO	D	1824
IMPIEGATO:		
1 - con mansioni amministrative	A	1831
2 - con mansioni esterne o tecniche	B	1842
IMPRENDITORE:		
1 - titolare con sola attività amministrativa e direttiva	A	1851
2 - titolare/altri addetti senza lavoro manuale, ma con accesso a officine, magazzini, cantieri	B	1862
3 - titolare/altri addetti con lavoro manuale	D	1874

Attività Professionali

	classe rischio	codice professione
INCISORE DI LEGNO E METALLI	D	1884
INDOSSATORE/TRICE	B	1892
INDUSTRIALE:		
1 - titolare con sola attività amministrativa e direttiva	A	1901
2 - titolare/altri addetti senza lavoro manuale, ma con accesso a officine, magazzini, fabbriche	B	1912
3 - titolare/altri addetti con lavoro manuale	D	1924
INFERMIERE	B	1932
INGEGNERE:		
1 - che non accede a cantieri	A	1941
2 - che accede a cantieri	B	1952
INSEGNANTE DI SCUOLA O UNIVERSITA'	A	1961
INTERPRETE	A	1971
ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA	B	1982
ISTRUTTORE SPORTIVO:		
1 - dei seguenti sport: ginnastica, nuoto, basket, atletica	B	1992
2 - dei seguenti sport: sci, equitazione, arti marziali, tennis, calcio, scherma	C	2003
3 - di altri sport	riservato alla Direzione	

L		
LITOGRAFO	C	2013
LUCIDATORE	D	2024
M		
MAGAZZINIERE	C	2033
MAGISTRATO	A	2041
MANICURE	B	2052
MARINAIO (MARINA MERCANTILE)	D	2064
MARMISTA	D	2074
MASSAGGIATORE	B	2082
MATERASSAIO	C	2093
MECCANICO	C	2103
MEDICO	A	2111
MILITARE (in servizio permanente effettivo)	riservato alla Direzione	
MINATORE	riservato alla Direzione	
MODISTA	A	2121
MUGNAIO	D	2134
MURATORE	D	2144
MUSICISTA	A	2151
N		
NOTAIO	A	2161
O		
ODONTOTECNICO	B	2172
OPERAIO (lavoro dipendente)	D	2184
OPERATORE ECOLOGICO (NETTURBINO)	C	2193
OROLOGIAIO	B	2202
OSTETRICO/A	A	2211
P		
PALOMBARO	riservato alla Direzione	
PARRUCCHIERE	B	2222
PASTICCIERE	B	2232
PASTORE DI GREGGI	D	2244
PAVIMENTATORE	D	2254
PEDICURE/PODOLOGO	B	2262
PELLICCIAIO	B	2272
PENSIONATO	A	2281
PERITO	B	2292
PESCATORE	D	2304
PILOTA	riservato alla Direzione	
PIROTECNICO	riservato alla Direzione	
PITTORE (ARTISTA)	A	2311
POLITICO (di professione)	A	2321
PORTALETTERE	B	2332
PORTANTINO	C	2343
PORTAVALORI	C	2353
Attività Professionali	classe rischio	codice professione
PORTINAIO	B	2362
POTATORE DI PIANTE	D	2374
PROMOTORE FINANZIARIO	A	2381
PSICOLOGO	A	2391
PULITORE DI VETRI E PAVIMENTI	C	2403
R		
RADIOLOGO		
1 - senza garanzia radiodermi	A	2411
2 - con garanzia radiodermi	riservato alla Direzione	
RADIOTECNICO	C	2423
RAGIONIERE	A	2431
RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO O INDUSTRIA	B	2442
RESTAURATORE	C	2453
REGISTA	B	2462
RICERCATORE SCIENTIFICO	A	2471
S		
SARTO	B	2482
SCENEGGIATORE	A	2491
SCENOGRAFO	B	2502
SCULTORE	B	2512
SINDACALISTA (di professione)	B	2522
SOMMOZZATORE	riservato alla Direzione	
SPAZZACAMINO	D	2534
SPELEOLOGO	riservato alla Direzione	
SPORTIVO (di professione)	riservato alla Direzione	

STILISTA	A	2541
STUDENTE	A	2551
STUNTMAN	D	2564

T

TAPPEZZIERE	C	2573
TASSISTA	B	2582
TECNICO DI LABORATORIO	B	2592
TINTORE	B	2602
TIPOGRAFO	C	2613

U

UFFICIALE GIUDIZIARIO	B	2622
USCIERE	B	2632

V

VETERINARIO	B	2642
VETRAIO	D	2654
VETRINISTA	B	2662
VIGILE DEL FUOCO	riservato alla Direzione	
VIGILE URBANO:		
1 - in ufficio	A	2671
2 - con mansioni esterne	B	2682
3 - motociclista	C	2693

..... LI

MITTENTE:

COGNOME

NOME

VIA N°

C.A.P. CITTÀ

PROV. TELEFONO /

SPETT.LE GROUPAMA ASSICURAZIONI S.P.A.

AGENZIA

.....

.....

RACCOMANDATA A.R.

(SPEDIRE ALL'AGENZIA PRESSO LA QUALE È STATA STIPULATA LA POLIZZA)

ESTREMI DEL CONTRATTO:

.....
COD. AGENZIA	RAMO	N° POLIZZA

CONTRAENTE:

PERSONA ASSICURATA (*): N° D'ORDINE DI POLIZZA

INDIRIZZO TEL.

NATO IL A PROFESSIONE

(* INDICARE CON PRECISIONE LE GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE HA SUBITO L'INFORTUNIO)

NOTIZIE SUL SINISTRO

IL SINISTRO È AVVENUTO IL ORE IN LOCALITÀ

CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

.....

.....

OCCUPAZIONI CHE STAVA SVOLGENDO L'ASSICURATO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO :

.....

IL SINISTRO HA COMPORTATO: (BARRARE CON "X" IL CASO CHE INTERESSA)

CURE AMBULATORIALI / PRONTO SOCCORSO RICOVERO OSPEDALIERO INGESSATURA INTERVENTO CHIRURGICO

.....

(IN CASO DI RICOVERO, INDICARE DENOMINAZIONE E UBICAZIONE DELL'ISTITUTO DI CURA)

L'ASSICURATO HA IN CORSO ATTUALMENTE ALTRE POLIZZE CONTRO GLI INFORTUNI? NO SI

CON QUALI SOCIETÀ?

L'ASSICURATO HA SUBITO IN PASSATO ALTRI INFORTUNI? NO SI

QUALI E IN QUALE SEDE ANATOMICA?

L'ASSICURATO HA PERCEPITO IN PASSATO O DEVE PERCEPIRE INDENNITÀ IN CONSEGUENZA DI INFORTUNI? NO SI

DA QUALE SOCIETÀ?

DICHIARO CHE TUTTO QUANTO PRECEDE È VERITIERO. INOLTRE, AVENDO PRESO ATTO E CONOSCENZA DELL'INFORMATIVA CONSEGNATA DALLA SOCIETÀ AL CONTRAENTE DELLA POLIZZA E DEL CONSENSO DA QUESTI RILASCIATO - IL TUTTO A TERMINE DI LEGGE -, ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, SIA COMUNI CHE SENSIBILI, DA PARTE DELLA SOCIETÀ PER GLI ADEMPIMENTI CONNESSI ALLA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO DOVUTOMI IN RELAZIONE ALLA PRESENTE DENUNCIA DI SINISTRO, RIMANE FERMO CHE TALE CONSENSO È SUBORDINATO AL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELLA VIGENTE NORMATIVA.

.....

FIRMA DELL'ASSICURATO
 (O DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ IN CASO DI MINORE
 O DI UN BENEFICIARIO IN CASO DI SINISTRO MORTALE)

DOCUMENTAZIONE: • **DA ALLEGARE:** CERTIFICATO MEDICO DELLE PRIME CURE (CONTENENTE ANCHE DIAGNOSI E PROGNOSE).
 • **DA FAR SEGUIRE:** ULTERIORI CERTIFICATI MEDICI SUL DECORSO DELLE LESIONI; CARTELLA CLINICA COMPLETA IN CASO DI RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO.

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