



Assicurazioni

GUIDA SICURA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI CONNESSI ALLA CIRCOLAZIONE STRADALE.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

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 - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI CONNESSI ALLA CIRCOLAZIONE STRADALE

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio 2014, il patrimonio netto della Società ammonta a 444,2 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 271,6 milioni di Euro.

Alla stessa data l'indice di solvibilità della gestione danni, corrispondente al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,42.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

La disdetta, ovvero la comunicazione che il contraente deve fare all'assicuratore per evitare che il contratto si rinnovi, dovrà essere esercitata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata da inviare all'agenzia o alla Società. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente. Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 5.2 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

La polizza Guida Sicura presta copertura assicurativa contro gli infortuni che l'Assicurato possa subire in conseguenza della guida dell'autovettura, adibita ad uso privato, e delle operazioni strettamente necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia.

La copertura è estesa anche agli infortuni che l'Assicurato subisca a causa di colpo di sonno, stato di malore o incoscienza, imperizia, imprudenza o negligenza (anche gravi), aggressioni od atti violenti, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Nella sottoscrizione del contratto deve operarsi una scelta tra una delle 2 forme che seguono:

FORMA "A"- l'assicurazione è valida per qualunque persona che sia alla guida dell'autovettura identificata in polizza con il numero di targa;

FORMA "B"- l'assicurazione è valida per il Contraente, in qualità di guidatore di qualsiasi autovettura.

La garanzia **Morte** opera nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dalla data dell'infortunio.

Garantisce la corresponsione della somma assicurata per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se lo stesso evento causa la morte di entrambi i genitori, Guida Sicura riconosce ai figli minori di 18 anni il raddoppio della quota di indennizzo prevista.

Per maggiori dettagli si rinvia agli articoli 3.1 e 3.2 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Invalità Permanente**, nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che abbia per conseguenza una invalidità permanente dell'Assicurato, garantisce il pagamento di un indennizzo calcolato in base alla somma assicurata ed al grado di invalidità permanente accertata come da previsioni contrattuali.

Per maggiori dettagli si rinvia all' articolo 3.3 e 3.4 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Ricovero e Convalescenza**, nel caso in cui l'infortunio indennizzabile a termini di polizza abbia per conseguenza un ricovero dell'assicurato in istituto di cura, garantisce la corresponsione all'Assicurato della somma assicurata per ciascun giorno di degenza; è, inoltre, previsto un indennizzo forfetario nel caso sia necessario un periodo di convalescenza post-ricovero. Per maggiori dettagli si rinvia all' articolo 3.5 delle condizioni di assicurazione.

Il **Servizio Assistenza** ha la funzione di aiutare l'assicurato a risolvere molti problemi di carattere sanitario che possono sorgere in caso di incidente stradale e successivamente a esso. In seguito ad un infortunio conseguente ad incidente stradale, la Società, in collaborazione con la Struttura Organizzativa, offre consulenza e informazioni telefoniche di carattere medico-sanitario, oltre a occuparsi delle criticità organizzative che possono seguirne.

Per maggiori dettagli, si rinvia alla sezione Servizio Assistenza delle condizioni di assicurazione.

Il contratto di assicurazione contiene limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, nonché condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli articoli 1.1, 1.2, da 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, da 3.3 a 3.5, 4.2, da 4.4 a 6.2 ed a quanto riportato per il Servizio Assistenza delle condizioni di assicurazione.

Il contratto contiene, inoltre, alcune franchigie; si rinvia all' articolo 3.4 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Per una miglior comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato. Solitamente viene espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata. Nella presente polizza, si esprime in percentuale sul grado di invalidità permanente: se il grado di invalidità permanente accertato è pari o inferiore al 3%, non ci sarà alcun indennizzo.

Ad esempio, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 5% e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia del 3% per invalidità inferiori al 20% della totale, la percentuale della somma assicurata da liquidare è pari a $5\% - 3\% = 2\%$. La somma

spettante all'assicurato, ipotizzando un capitale assicurato di € 100.000,00 sarà pari ad € 2.000,00 così determinata: $(5\% \text{ di } € 100.000,00) - (3\% \text{ di } € 100.000,00) = € 5.000,00 - € 3.000,00 = € 2.000,00$.

Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile di anni 77. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 2.2 delle condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono quelle previste dagli articoli 1892 e 1893 c.c. cui si rinvia all'articolo 7.5 delle condizioni di assicurazione.

5. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali senza oneri aggiuntivi.

6. Rivalsa

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa: per maggiori dettagli, per i presupposti e per gli effetti per il contraente si rinvia all'articolo 7.1 delle condizioni di assicurazione.

7. Diritto di recesso

Il contraente e l'impresa hanno diritto di recedere dal contratto di assicurazione. Per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto si rinvia all'articolo 5.2 delle condizioni di assicurazione.

Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.

9. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

10. Regime fiscale

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 e Assistenza sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte.

Detraibilità fiscale dei premi

Limitatamente alla Forma B si evidenzia che 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.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio, come specificato nell'oggetto dell'assicurazione (articolo 1 delle condizioni di assicurazione).

Il contraente, l'assicurato o i suoi aventi causa devono dare avviso del sinistro all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'articolo 1913 c.c. Le eventuali spese per l'accertamento del danno sono a carico della Società, che può anche richiedere la visita medica, ove non diversamente contrattualizzato.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 4.4, 6.1 e 6.2 delle condizioni di assicurazione.

Per i sinistri del ramo Assistenza, la gestione degli stessi è stata affidata a un'impresa terza autorizzata ai termini di legge. Per maggiori dettagli, si rinvia alla sezione "Servizio Assistenza" delle condizioni di assicurazione.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210979 - E-mail: reclami@groupama.it.

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

13. Arbitrato

Nel contratto, limitatamente alle garanzie della sezione Infortuni, è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 6.2 delle condizioni di assicurazione.

Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del nostro al sito www.groupama.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dominique Uzel



GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione

Carenza (periodo di)

Periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

Caricamenti (v. Accessori)

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Danno

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

Decorrenza della garanzia

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

Denuncia di sinistro

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni precontrattuali

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diminuzione (del rischio)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

Disdetta

Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

[Fascicolo informativo](#)

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

[Fondo di garanzia per le vittime della strada](#)

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

[Franchigia](#)

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

[Franchigia Assoluta](#)

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

[Franchigia relativa](#)

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

[Impresa di assicurazione](#)

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

[Indennizzo](#)

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

[IVASS](#)

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

[Margine di solvibilità](#)

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

[Massimale](#)

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile

[Nota informativa](#)

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione.

[Periodo di assicurazione](#)

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.



CASA

AUTO

SALUTE

RISPARMIO

PROTEZIONE

PREVIDENZA

LAVORO

Condizioni di assicurazione

Assicurazione contro gli infortuni automobilistici del guidatore

Indice

Normativa Contrattuale	2
Terminologia Contrattuale	2
Premessa	4
Condizioni Generali di Assicurazione	5
Art. 1 Oggetto dell'assicurazione	5
1.1 <i>Rischi assicurati</i>	5
1.2 <i>Rischi compresi nell'assicurazione</i>	5
1.3 <i>Validità territoriale dell'assicurazione</i>	5
Art. 2 Delimitazioni dell'assicurazione	5
2.1 <i>Rischi esclusi dall'assicurazione</i>	5
2.2 <i>Limite di età</i>	6
2.3 <i>Persone non assicurabili</i>	6
2.4 <i>Responsabilità Civile del Contraente</i>	6
Art. 3 Prestazioni assicurative	6
3.1 <i>Morte</i>	6
3.2 <i>Indennizzo aggiuntivo per commorienza dei coniugi</i>	7
3.3 <i>Invalità permanente</i>	7
3.4 <i>Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente</i>	8
3.5 <i>Ricovero e convalescenza</i>	8
Art. 4 Adempimenti contrattuali del Contraente e/o dell'Assicurato	8
4.1 <i>Assicurazione per conto altrui</i>	8
4.2 <i>Alienazione dell'autovettura in caso di assicurazione prestata in base alla FORMA "A"</i>	9
4.3 <i>Altre assicurazioni</i>	9
4.4 <i>Denuncia del sinistro e oneri relativi</i>	9
Art. 5 Quando inizia e quando scade l'assicurazione	9
5.1 <i>Pagamento del premio - Decorrenza e scadenza dell'assicurazione</i>	9
5.2 <i>Tacita proroga dell'assicurazione</i>	9
Art. 6 Liquidazione del danno	9
6.1 <i>Criteri di indennizzabilità</i>	9
6.2 <i>Controversie - Arbitrato irrituale</i>	10
Art. 7 Disposizioni contrattuali varie	10
7.1 <i>Rinuncia della Società all'azione di surrogazione</i>	10
7.2 <i>Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge</i>	10
7.3 <i>Oneri fiscali dell'assicurazione</i>	10
7.4 <i>Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione</i>	10
7.5 <i>Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge</i>	10
Servizio Assistenza	
Cos'è, qual è il suo scopo, cosa fa, dove vale, quanto dura	11
Come si richiedono le prestazioni, quando opera, terminologia contrattuale, esclusioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni	11
Le prestazioni del Servizio Assistenza	12
a) <i>Prestazioni fornite tutti i giorni 24 ore su 24</i>	12
b) <i>Prestazioni fornite 24 ore su 24, quando l'Assicurato si trova a oltre 50 Km dal suo Comune di residenza</i>	14
c) <i>Prestazioni fornite con limitazioni di orario e nei soli giorni feriali, ovunque si trovi l'Assicurato in Italia</i>	16
Cosa fare in caso di sinistro	17

Normativa Contrattuale

Terminologia Contrattuale

Nel testo del contratto di assicurazione 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 rilevanza ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.

Assicurato

È la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

È il contratto mediante il quale la Società, a fronte del premio pagato dal Contraente, si obbliga a versare all'Assicurato o ai suoi beneficiari, entro i limiti contrattualmente convenuti, l'indennizzo stabilito in caso di danno a lui causato da un infortunio.

Beneficiario

È il soggetto o i soggetti cui la Società dovrà pagare la somma assicurata per il caso di sinistro mortale dell'Assicurato.

Contraente

È la persona che stipula l'assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali.

Franchigia

Rappresenta la parte dell'indennizzo per invalidità permanente che, conformemente a quanto previsto nel contratto, rimane a carico dell'Assicurato se il grado di invalidità permanente è inferiore al 20% della totale.

“Guida Sicura”

È la denominazione del presente contratto assicurativo.

Indennizzo

Consiste nella somma, determinata in base a quanto è stato contrattualmente convenuto, che la Società dovrà pagare all'Assicurato oppure ai suoi beneficiari in caso di danno a lui causato da un infortunio.

Infortunio

È ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali comportino -per conseguenza diretta ed esclusiva- l'operatività di una o più delle prestazioni assicurate.

Invalidità 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 gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli istituti di cura devono, inoltre, essere permanentemente sotto la direzione e il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di documentazione clinica completa. Agli effetti contrattuali, non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con

finalità dietologiche, fisioterapiche, riabilitative e antistress; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A..

Polizza

È il documento che comprova l'assicurazione stipulata tra la Società e il Contraente.

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 di una o più delle prestazioni assicurative garantite.

Struttura organizzativa

Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Società fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

Premessa

Le Condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono, costituiscono parte integrante della polizza mod. 14.21 o 19.00, stipulata dal Contraente.

Resta pertanto inteso che:

- si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate sul modulo di polizza;
- l'assicurazione è prestata per le somme o i capitali indicati sul modulo di polizza, fatti salvi i limiti di indennizzo, le franchigie e gli scoperti eventualmente previsti nelle presenti condizioni di assicurazione.

Le Definizioni hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

In ottica di trasparenza le parti del testo sottolineate rispondono ai criteri di evidenziazione previsti dal nuovo Codice delle Assicurazioni.

Condizioni Generali di Assicurazione

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

1.1 – Rischi assicurati

“Guida Sicura” vale per una delle seguenti forme assicurative:

- a) se nel frontespizio della polizza è stata prescelta la FORMA “A”:
 - per QUALUNQUE PERSONA, in qualità di guidatore dell'autovettura identificata in polizza con il numero di targa;
- b) se nel frontespizio della polizza è stata prescelta la FORMA “B”:
 - per il Contraente, in qualità di guidatore di qualsiasi autovettura.

Qualora nel frontespizio di polizza non risulti prescelta alcuna forma, l'assicurazione si intende automaticamente operante in base alla FORMA “B”.

In ogni caso, “Guida Sicura” vale soltanto per la guida di autovetture adibite ad uso privato.

“Guida Sicura” vale per gli infortuni che subisca l'Assicurato, purché in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni vigenti, in conseguenza della guida dell'autovettura e delle operazioni strettamente necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia. L'assicurazione opera anche qualora l'Assicurato, pur essendo in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida, non abbia rinnovato o regolarizzato, per mera dimenticanza, il documento scaduto da non oltre 1 anno. 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.

1.2 - Rischi compresi nell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione di “Guida Sicura” anche gli infortuni durante la guida derivanti da:

- a) colpo di sonno, stato di malore o di incoscienza;
- b) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) aggressioni od atti violenti, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Durante la guida, l'assicurazione vale, inoltre, in caso di:

- d) asfissia o intossicazione, non di origine patologica, causata da fuga o da inalazione di gas o di vapori;
- e) contatto improvviso con agenti corrosivi;
- f) annegamento;
- g) assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche ed atmosferiche;
- h) lesioni determinate da sforzi (esclusi comunque gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini).

1.3 - Validità territoriale dell'assicurazione

“Guida Sicura” vale nel mondo intero.

Articolo 2 - Delimitazioni dell'assicurazione

2.1 - Rischi esclusi dall'assicurazione

“Guida Sicura” non vale per:

- a) gli infortuni che si verifichino durante la partecipazione dell'Assicurato a corse, gare o competizioni (e relative prove);
- b) gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- c) gli infortuni sofferti dall'Assicurato in conseguenza di uso dell'autovettura in modo illecito e/o contro la volontà del Contraente;

- d) gli infortuni derivanti da guerra o insurrezione popolare, nonché da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- e) gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di 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.);
- f) gli infortuni sofferti in conseguenza di ebbrezza e/o ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- g) le conseguenze dirette o indirette di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio.

2.2 - Limite di età

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

2.3 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool - 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 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. La cessazione dell'assicurazione in corso 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.

2.4 - Responsabilità Civile del Contraente

Qualora fosse ritenuto civilmente responsabile dell'infortunio dell'Assicurato, il Contraente ha diritto di computare nel risarcimento da lui dovuto all'Assicurato stesso o, in caso di morte, ai suoi eredi l'indennizzo spettante ai sensi della presente assicurazione.

Articolo 3 - Prestazioni assicurative

3.1 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa - fermo restando quanto disposto all'art. 4.4 (v. pag. 9) - si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata per il caso di morte 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 questi 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. 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 eventualmente residua a seguito dell'infortunio. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi

dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto alla eventuale differenza tra l'indennizzo per morte e quello già pagato per invalidità permanente.

3.2 - Indennizzo aggiuntivo per commorienza dei coniugi

Se il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza, oltre alla morte dell'Assicurato, anche quella del suo coniuge - seppure la loro morte avvenga in tempi diversi - la Società raddoppia la quota di indennizzo spettante a ciascuno dei figli minori di 18 anni al momento del sinistro che risulti a carico dell'Assicurato o del coniuge.

3.3 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente dell'Assicurato e questa - fermo restando quanto è disposto all'art. 4.4 (v. pag. 9) - si verifichi - anche successivamente alla scadenza di "Guida Sicura" - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde, con le modalità che sono stabilite all'art. 3.4 (v. pag. 8), un indennizzo calcolato sulla somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali delle pagine 9 e 10 seguenti:

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE, DI:	PERCENTUALE	SORDITÀ COMPLETA DI:	PERCENTUALE
UN ARTO SUPERIORE	70	UN ORECCHIO	10
UNA MANO O UN AVAMBRACCIO	60	AMBEDUE GLI ORECCHI	40
UN POLLICE ¹⁸			
UN INDICE	14	STENOSI NASALE ASSOLUTA:	
UN MEDIO	8	MONOLATERALE	4
UN ANULARE	8	BILATERALE	10
UN MIGNOLO	12		
LA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	9	POSTUMI DI FRATTURA:	
UNA FALANGE DI ALTRO DITO DELLA MANO	1/3 DEL DITO	SCOMPOSTA DI UNA COSTA	1
UN ARTO INFERIORE:		AMIELICA DI CORPO VERTEBRALE	
• AL DI SOPRA DELLA METÀ DELLA COSCIA	70	CON DEFORMAZIONE A CUNEO DI:	
• AL DI SOTTO DELLA METÀ DELLA COSCIA, MA AL DI SOPRA DEL GINOCCHIO	60	• UNA VERTEBRA CERVICALE	12
• AL DI SOTTO DEL GINOCCHIO, MA AL DI SOPRA DEL TERZO MEDIO DI GAMBA	50	• UNA VERTEBRA DORSALE	5
UN PIEDE	40	• 12 ^a DORSALE	10
AMBEDUE I PIEDI	100	• UNA VERTEBRA LOMBARE	10
UN ALLUCE	5	DI UN METAMERO SACRALE	3
UN ALTRO DITO DEL PIEDE	1	DI UN METAMERO COCCIGEO CON CALLO DEFORME	5
LA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	2,5		
UN OCCHIO ²⁵		POSTUMI DI LESIONI	
AMBEDUE GLI OCCHI	100	MENISCALI DEL GINOCCHIO:	
LA VOCE	30	SE COMPLETE E DISPOSTE IN SENSO TRASVERSALE	3
		IN TUTTI GLI ALTRI CASI	1
PERDITA ANATOMICA DI:			
UN RENE	15	POSTUMI DI LESIONE COMPLETA	
LA MILZA SENZA COMPROMISSIONI		DI LEGAMENTO DEL GINOCCHIO:	
SIGNIFICATIVE DELLA CRASI EMATICA	8	COLLATERALE INTERNO	12
		COLLATERALE ESTERNO	8
ANCHILOSI DI:		CROCIATO ANTERIORE	6
SCAPOLA OMERALE CON ARTO IN POSIZIONE FAVOREVOLE, MA CON IMMOBILITÀ DELLA SCAPOLA	25	CROCIATO POSTERIORE	6
GOMITO IN ANGOLAZIONE COMPRESA FRA 120° E 70° (CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA)	20		
POLSO IN ESTENSIONE RETTILINEA (CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA)	10	POSTUMI DI:	
ANCA IN POSIZIONE FAVOREVOLE	35	TRAUMA DISTORSIVO DELLA COLONNA CERVICALE CHE PRESENTI SOLO CONTRATTURA MUSCOLARE E LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI DEL CAPO E DEL COLLO	2
GINOCCHIO IN ESTENSIONE	25	LESIONE COMPLETA DA SFORZO DEL CAPO LUNGO DEL BICIPITE CON LACERAZIONE CHIARAMENTE DIMOSTRATA MEDIANTE RM (RISONANZA MAGNETICA)	4
TIBIO-TARSICA AD ANGOLO RETTO CON ANCHILOSI DELLA SOTTO ASTRAGALICA	15	ROTTURA TENDINO-MUSCOLARE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	4
		ROTTURA TENDINO-MUSCOLARE DEL BICIPITE BRACHIALE	4
PARALISI COMPLETA DI:		ROTTURA TENDINO-MUSCOLARE DEL QUADRICIPITE FEMORALE	4
NERVO RADIALE	35		
NERVO ULNARE	20		
SCIATICO POPLITEO ESTERNO	15		

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 a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso. La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o 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 sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Nei casi di invalidità permanente sopra non specificati, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

3.4 - Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

La Società corrisponde l'indennizzo per il caso di invalidità permanente - fermo restando quanto è previsto all'art. 3.2 (v. pag. 8) - applicando la franchigia assorbibile o le maggiorazioni di danno di seguito riportate:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale della somma assicurata da liquidare	Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale della somma assicurata da liquidare
1	-	13	10
2	-	14	11
3	-	15	12,5
4	1	16	14
5	2	17	15,5
6	3	18	17
7	4	19	18,5
8	5	20	20
9	6	da 21 a 50	da 21 a 50
10	7	da 51 a 75	100
11	8	da 76 a 99	150
12	9	100	200

3.5 - 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.

Articolo 4 - Adempimenti contrattuali del Contraente e/o dell'Assicurato

4.1 - Assicurazione per conto altrui

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

4.2 - Alienazione dell'autovettura in caso di assicurazione prestata in base alla FORMA "A"

Nel caso di alienazione dell'autovettura identificata in polizza in base alla FORMA "A" di garanzia e di sua sostituzione con altra autovettura, il Contraente ha l'obbligo di darne immediata comunicazione scritta alla Società - indicando i dati di identificazione della nuova autovettura - e l'assicurazione è trasferita alla nuova autovettura. L'assicurazione cessa per l'autovettura alienata e diventa valida per quella nuova dalle ore 24 del giorno della comunicazione dell'alienazione.

Nel caso di alienazione dell'autovettura identificata in polizza non seguita da sostituzione, il Contraente ha l'obbligo di darne comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata a.r. e il contratto si estingue dal momento dell'alienazione stessa, fermo il diritto della Società di acquisire il premio relativo all'annualità in corso al momento della comunicazione.

4.3 - Altre assicurazioni

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

4.4 - Denuncia del sinistro e oneri relativi

Fermo 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 all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Sede della Società 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.

Articolo 5 - Quando inizia e quando scade l'assicurazione

5.1 - Pagamento del premio - Decorrenza e scadenza dell'assicurazione

"Guida Sicura" ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel simplo di 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, "Guida Sicura" 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. "Guida Sicura" scade alle ore 24 del giorno indicato nella polizza, salvo che non si rinnovi tacitamente a norma dell'art. 5.2 (v. pag. 9).

5.2 - Tacita proroga dell'assicurazione

Se "Guida Sicura" ha una durata non inferiore a 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 6 - Liquidazione del danno

6.1 - Criteri di indennizzabilità

Come è previsto anche all'art. 1.1, 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. 3.3.

6.2 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sul grado dell'invalidità permanente o sulla durata del ricovero, 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 che sia 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 rifiuti 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 7 - Disposizioni contrattuali varie

7.1 - 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 previsto all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

7.2 - Indipendenza dell'assicurazione da obblighi di legge

Il contratto "Guida Sicura" è stipulato indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.

7.3 - Oneri fiscali dell'assicurazione

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

7.4 - Termini di prescrizione dei diritti dell'assicurazione

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

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

Il Contratto "Guida Sicura" è regolato dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dal contratto, valgono le norme di legge.

Servizio Assistenza

Nella sezione che segue vengono indicati i servizi di pronta assistenza compresi nell'assicurazione, che la SOCIETA' presta in collaborazione con la Struttura Organizzativa EUROP ASSISTANCE SERVICE S.p.A.. nei casi di emergenza sanitaria legati a un infortunio conseguente alla guida dell'autovettura assicurata. A ogni Assicurato viene fornito un apposito tesserino (mod. 14.04 €) dall'Agente per consentirgli di usufruire dei servizi di pronta assistenza. Per ottenere gratuitamente uno dei servizi prestati da "Guida Sicura" è sufficiente richiederlo telefonicamente alla Struttura Organizzativa.

Cos'è

È il servizio di pronta assistenza organizzato dalla Società in collaborazione con la Struttura Organizzativa.

Qual è il suo scopo

Ha la funzione di aiutare l'Assicurato a risolvere nel concreto molti problemi sanitari che nascono all'improvviso, in caso di incidente stradale - mentre trovasi alla guida di un'autovettura per la quale opera l'assicurazione "Guida Sicura" - e successivamente all'incidente. Può quindi aiutarlo a gestire una situazione logistica difficile e assisterlo con tempismo e immediatezza nel caso di un' emergenza o nei momenti critici.

Cosa fa

In relazione a un infortunio per causa esclusiva di un incidente stradale, mentre l'Assicurato si trova alla guida dell'autovettura per la quale è prevista l'assicurazione, la Struttura Organizzativa:

- offre un'immediata consulenza medica telefonica;
- organizza il trasporto in autoambulanza nell'ambito del territorio italiano;
- organizza il trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato;
- organizza il rientro sanitario;
- organizza il viaggio e anticipa le prime spese alberghiere di un familiare che voglia recarsi ad assistere l'Assicurato ricoverato lontano da casa;
- organizza il trasporto della salma.

Inoltre, la Struttura Organizzativa fornisce informazioni medico-sanitarie e informazioni automobilistiche (limitatamente all'Italia) anche indipendentemente dal verificarsi di un evento assicurato.

Dove vale

Allorché non sia prevista una specifica limitazione territoriale, le prestazioni di assistenza valgono in tutto il mondo.

Quanto dura

Per tutta la durata di "Guida Sicura".

Come si richiedono le prestazioni

Per usufruire delle prestazioni previste dal servizio, l'Assicurato o chi per lui deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla Struttura Organizzativa Europ Assistance Service S.p.A.

Può farlo utilizzando i seguenti recapiti:

- Numero verde gratuito disponibile 24 ore su 24 800.713.974
- Numero telefonico raggiungibile da ogni Paese +39.02.58.24.55.56
- E-mail: prontassistenza.groupama@europassistance.it

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- numero di Polizza preceduto dalla sigla NIRG;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Quando opera

I servizi di assistenza e di soccorso previsti da "Guida Sicura" possono essere richiesti alla Struttura Organizzativa:

- a) tutti i giorni, 24 ore su 24:
 - per le prestazioni di seguito previste alle lettere A.1 - A.2 - A.3;
- b) tutti i giorni, 24 ore su 24, quando l'Assicurato si trovi, a causa di un infortunio garantito, ad oltre 50 Km dal suo Comune di residenza:
 - per le prestazioni di seguito previste alle lettere B.1 - B.2 - B.3 - B.4;
- c) dalle ore 9.00 alle ore 18.00 nei giorni non festivi dal lunedì al venerdì, ovunque si trovi l'Assicurato al momento della richiesta.
 - per le prestazioni di seguito previste alle lettere C.1 - C.2.

Terminologia contrattuale

Per il servizio di pronta assistenza vale la "terminologia contrattuale" di "Guida Sicura".

Esclusioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni

Il servizio di pronta assistenza non viene prestato nei casi espressamente esclusi dalla garanzia di "Guida Sicura" a norma degli articoli 2.1 - 2.2 e 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Per il servizio di pronta assistenza valgono inoltre le seguenti norme specifiche:

- a) ciascuna prestazione non può essere fornita per più di 3 volte nel corso di ogni annualità assicurativa;
- b) la durata massima della garanzia è di 60 giorni per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero dell'Assicurato nel corso di ogni annualità assicurativa;
- c) relativamente ai sinistri che formano l'oggetto del servizio, l'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, sia prima che dopo il sinistro stesso;
- d) nessuna prestazione è dovuta per eventi provocati o dipendenti da:
 - guerre, terremoti, calamità naturali, trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - scioperi, rivoluzioni, sommosse, movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - dolo dell'Assicurato;
 - suicidio o tentato suicidio dell'Assicurato;
 - pratica di corse o gare (e relative prove) motoristiche;
- e) nessuna prestazione viene fornita in Paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- f) per qualsiasi richiesta di informazione, lamentela o contestazione, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Struttura Organizzativa.

Per le prestazioni di cui l'Assicurato non usufruisce, la Società non è tenuta a fornire alcun indennizzo né alcuna prestazione alternativa a titolo di compensazione. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.

Le prestazioni del Servizio Assistenza

- In quali casi è utile la Struttura Organizzativa?
- Quali servizi offre nel dettaglio il SERVIZIO ASSISTENZA?

- Come bisogna fare per usufruirne? Quando è possibile chiamarla?

Per rispondere a tutte queste domande, riportiamo di seguito l'elenco dettagliato dei servizi offerti dalla Società attraverso la Struttura Organizzativa specificandone gli scopi, i tempi e i modi per usufruirne.

A. Prestazioni fornite tutti i giorni, 24 ore su 24

A.1 - Consulenza Medica

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

In seguito a infortunio, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica per valutare quale sia la prestazione medica più idonea.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

I medici della Struttura Organizzativa, dopo una accurata analisi del caso, forniscono all'Assicurato la consulenza necessaria.

Come fare per averla

È sufficiente che l'Assicurato o il suo medico curante contatti telefonicamente i medici della Struttura Organizzativa.

A.2 - Trasporto in autoambulanza in Italia

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

In seguito a infortunio, l'Assicurato ha bisogno di essere trasportato in autoambulanza presso un pronto soccorso o un istituto di cura nell'ambito del territorio italiano.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

La Struttura Organizzativa provvede - a spese della Società - a inviare un'autoambulanza dove è necessario.

Come fare per averla

l'Assicurato o i suoi soccorritori devono contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, specificando il luogo dove è necessario far giungere l'autoambulanza.

Limitazione specifica

Questa prestazione vale solo in Italia.

A.3 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

A seguito di infortunio, l'Assicurato è affetto da una patologia che i medici della Struttura Organizzativa ritengono non curabile nell'ambito degli istituti di cura della sua regione di residenza.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

I medici della Struttura Organizzativa compiono un preventivo esame del quadro clinico dell'Assicurato, consultando anche il suo medico curante.

Una volta constatata la reale necessità, la Struttura Organizzativa:

- a) individua e prenota, secondo le disponibilità esistenti, l'istituto di cura più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

- b) organizza il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni di salute:
- aereo sanitario;
 - aereo di linea, in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno, in prima classe o vagone letto;
 - autoambulanza.
- c) si occupa di fare assistere l'Assicurato durante il trasporto da personale medico o paramedico, secondo le necessità valutate dai medici della Struttura Organizzativa.

Come fare per averla

L'Assicurato deve comunicare telefonicamente alla Struttura Organizzativa la patologia da cui è affetto, indicando il nominativo e il recapito del suo medico curante.

Esclusioni specifiche

Questa prestazione non può essere richiesta per le terapie riabilitative.
Il trasferimento in paesi fuori dell'Europa non avviene con l'aereo sanitario.

B. Prestazioni fornite 24 ore su 24, quando l'Assicurato si trova a oltre 50 Km dal suo Comune di residenza

B.1 - Rientro sanitario

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

In seguito a infortunio, l'Assicurato si trova in condizioni fisiche tali da rendere necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato ubicato nel suo Comune di residenza o nel resto d'Italia.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

I medici della Struttura Organizzativa accerteranno le condizioni fisiche dell'Assicurato contattando telefonicamente, o con altri mezzi di comunicazione, il suo medico curante che si trova sul posto. In caso di reale necessità, quindi, la Struttura Organizzativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo ritenuto più idoneo alle condizioni fisiche dell'Assicurato, ovvero:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, in classe economica, eventualmente barellato;
- treno, in prima classe o vagone letto;
- autoambulanza.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e prevede l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, nel caso che questa venga ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

Il trasporto da Paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica, eventualmente barellato.

Come fare per averla

L'Assicurato o il suo medico curante che si trova sul posto dovrà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Esclusioni specifiche

Questa prestazione non può essere richiesta per lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio. Il trasporto con l'aereo sanitario si effettua esclusivamente dai Paesi europei.

B.2 - Rientro del convalescente

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

In seguito a infortunio avvenuto durante un viaggio in auto da lui guidata, l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura e al momento della dimissione non è in grado di rientrare alla propria residenza alla guida dell'auto che aveva utilizzato.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

La Struttura Organizzativa, accertate telefonicamente, attraverso i propri medici, le condizioni fisiche dell'Assicurato, gli fornisce, se necessario, un biglietto per il rientro al proprio domicilio in treno, prima classe o vagone letto, oppure in aereo, classe economica.

Come fare per averla

Basta che l'Assicurato comunichi telefonicamente alla Struttura Organizzativa il recapito dell'istituto di cura ove è ricoverato e il nominativo del medico curante per i necessari contatti.

B.3 - Spese di viaggio e di albergo per un familiare

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

In seguito a infortunio, l'Assicurato non accompagnato da alcun familiare viene ricoverato in un istituto di cura e necessita, a giudizio dei medici curanti:

- a) di una degenza di almeno dieci giorni;
- b) dell'assistenza di un familiare.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

La Struttura Organizzativa fornisce al familiare prescelto dall'Assicurato:

- a) un biglietto ferroviario di andata e ritorno in prima classe oppure un biglietto aereo di andata e ritorno in classe economica per raggiungere il luogo del ricovero;
- b) una prenotazione alberghiera con primo pernottamento e successiva prima colazione spesati, fino a un massimo di € 160,00 complessivamente per ogni sinistro.

Come fare per averla

Basta che l'Assicurato comunichi telefonicamente alla Struttura Organizzativa il nominativo, l'indirizzo e il recapito telefonico del familiare convivente che deve recarsi presso di lui. La Struttura Organizzativa provvederà quindi a contattarlo per organizzare il viaggio e la scelta dell'albergo.

B.4 - Trasporto della salma

Di cosa c'è bisogno

L'Assicurato subisce un infortunio con conseguenze mortali.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

La Struttura Organizzativa provvede al trasporto della salma dell'Assicurato dal posto ove si è verificato il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia.

Come fare per averla

Basta che i familiari dell'Assicurato contattino telefonicamente la Struttura Organizzativa per concordare tempi e modalità della prestazione.

Limitazioni specifiche

La prestazione viene fornita fino a un importo massimo di € 2.583,00 di spese. Qualora il costo del trasporto risulti superiore a tale importo, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzarlo solo dietro idonea garanzia fornita dai familiari dell'Assicurato per la copertura dell'eccedenza di spese che rimane a loro carico. Non sono comprese nella prestazione le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.

C. Prestazioni fornite con limitazione di orario e nei soli giorni feriali, ovunque si trovi l'Assicurato in Italia

C.1 - Informazioni medico - sanitarie

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

All'Assicurato necessitano informazioni di carattere sanitario relativamente a:

- a) cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- b) medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- c) centri sanitari appropriati e attrezzati per la cura di affezioni specifiche.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

Questo servizio è attivo dalle ore 9.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni feriali dal lunedì al venerdì. La Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato le notizie richieste.

Come fare per averla

Basta che l'Assicurato contatti telefonicamente la Struttura Organizzativa.

C.2 - Informazioni turistiche per l'Italia

Di cosa ha bisogno l'Assicurato

L'Assicurato ha bisogno di informazioni per l'Italia relativamente a:

- a) transitabilità delle strade, previsioni del tempo sulle strade, interruzioni stradali, ubicazione di motel, autogrill, officine autostradali, stazioni di servizio, rifornimento di carburante, consulenze per incidenti stradali;
- b) questioni amministrative o legali, quali: documento di viaggio, bollo di circolazione, assicurazione Responsabilità Civile Auto, patente di guida.

Qual è la prestazione del SERVIZIO ASSISTENZA

Questo servizio è attivo dalle ore 9.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni feriali dal lunedì al venerdì. La Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato le notizie di cui ha bisogno.

Come fare per averla

È sufficiente che l'Assicurato contatti telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Cosa fare in caso di sinistro

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 fac simile di una denuncia, che può essere utilizzato nelle diverse fattispecie di danno.

AVVERTENZA:

E' consigliabile utilizzare ogni volta una fotocopia della denuncia di sinistro per conservare il fac simile per eventuali successive necessità.

Un modulo di denuncia è, comunque, sempre disponibile anche presso ogni Agenzia della Società.

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:

- a) 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.
- b) 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, nonché sommaria descrizione delle modalità e circostanze con le quali esso si è verificato;
 - altre assicurazioni da cui è coperto l'Assicurato;
- c) 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 anche 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

Qualora a seguito del sinistro coesistano più conseguenze per le quali è dovuto un indennizzo, la Società effettua un pagamento unico, sommando i singoli indennizzi.

In alcuni casi particolari è possibile ottenere un anticipo sull'indennizzo.

Come si ottiene il pagamento dei singoli indennizzi?

In caso di invalidità permanente

Avvenuta la stabilizzazione dei postumi ed 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 ad 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 pagamento del danno. È bene ricordare che, in caso di disaccordo sulla quantificazione del danno, è possibile ricorrere all'arbitrato medico (vedere l'art. 6.2 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 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, nonché 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 attestante 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).

Come richiedere un servizio di assistenza

L'Assicurato deve telefonare direttamente alla Struttura Organizzativa seguendo le istruzioni riportate nel paragrafo SERVIZIO ASSISTENZA.

GUIDA SICURA DENUNCIA DI SINISTRO (DA UTILIZZARE IN FOTOCOPIA)

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:

.....	07
COD. AGENZIA RAMO	N° POLIZZA	

CONTRAENTE:

PERSONA ASSICURATA (*):

INDIRIZZO TEL.

NATO IL A PROFESSIONE

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

FORMA ASSICURATIVA SCELTA IN POLIZZA: A OPPURE B (BARRARE CON UNA "X" LA FORMA SCELTA)

IL SINISTRO HA COMPORTATO:

CURE MEDICHE CURE AMBULATORIALI RICOVERO OSPEDALIERO INTERVENTO CHIRURGICO INGESSATURA

IL SINISTRO È AVVENUTO IL ORE IN LOCALITÀ

MODALITÀ DEL SINISTRO:

.....

AUTOVEETTURA GUIDATA DALL'ASSICURATO (TARGA, TIPO, USO, PROPRIETARIO):

.....

ALTRO VEICOLO COINVOLTO NELL'INCIDENTE (TARGA, TIPO, PROPRIETARIO, CONDUCENTE):

.....

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

CON QUALE 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 CONSEGNA TA DALLA SOCIETÀ AL CONTRAENTE DELLA POLIZZA E DEL CONSENSO DA QUESTI RILASCIATO - IN TUTTO A TERMINI 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 PROGnosi).
• **DA FAR SEGUIRE:** ULTERIORI CERTIFICATI MEDICI SUL DECORSO DELLE LESIONI; CARTELLA CLINICA COMPLETA IN CASO DI RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO.



A series of horizontal lines spanning the width of the page, providing a template for writing or drawing.

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 - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Assicurazioni