



Assicurazioni

## PROTEZIONE FAMIGLIA

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI AL NUCLEO FAMILIARE. INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CAPOFAMIGLIA.

#### 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



Groupama

## NOTA INFORMATIVA

### **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI AL NUCLEO FAMILIARE. INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CAPOFAMIGLIA.**

**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](http://www.groupama.it); [info@groupama.it](mailto:info@groupama.it) - pec: [groupama@legalmail.it](mailto: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 presente 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 inviata 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 delle condizioni di assicurazione.

##### **3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni**

Il contratto assicurativo offre tre settori di garanzia: **Tutela Personale, Tutela Verso Terzi, Pronta Assistenza.**

Le garanzie del settore **Tutela Personale** operano nei confronti di tutto il nucleo familiare offrendo copertura contro gli infortuni occorsi durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane a carattere professionale e extraprofessionale.

Le garanzie previste sono: morte, invalidità permanente, indennità giornaliera per ricovero o immobilizzazione gessata.

Per maggiori dettagli si rinvia agli articoli 10, 12, 15, 16, 18 delle condizioni di assicurazione.

Le garanzie del settore **Tutela Verso Terzi** tengono indenni l'assicurato e i componenti del suo nucleo familiare dal risarcimento dovuto a terzi per danni, fisici o materiali, causati nell'ambito della vita privata, quali ad esempio i danni provocati da animali domestici, dalla caduta di antenne, da collaboratori familiari; oppure i danni causati a terzi durante le normali attività del tempo libero e la pratica di attività sportive in qualità di dilettante. Inoltre, l'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla proprietà e conduzione della dimora abituale e/o saltuaria.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 21 delle condizioni di assicurazione.

Le garanzie del **Servizio Pronta Assistenza** mettono a disposizione una Struttura Organizzativa nelle situazioni di emergenza, al fine di risolvere molti dei più frequenti problemi che si presentano in seguito a infortunio o malattia: l'invio di un medico, di un infermiere o di un'ambulanza, un consulto medico telefonico, il trasporto sanitario e tanto altro ancora.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 27 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 da 2 a 7, 9, 10, 11, da 13 a 16, 18, 19, da 21 a 33 delle condizioni di assicurazione.

**Il contratto contiene inoltre franchigie, scoperti e massimali;** si rinvia agli articoli 10, 16, 17, 18, 26 e 27 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. Funzionamento: alla somma spettante a titolo di indennizzo o risarcimento si sottrae l'importo della franchigia previsto dalle condizioni di assicurazione.

Ad esempio, se l'indennizzo è quantificabile in € 1.000,00, e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia di € 200,00, la somma spettante all'assicurato sarà pari ad € 800,00 così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00.

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

Nella polizza Protezione Famiglia, relativamente al settore Tutela Personale, esiste una franchigia sul grado di invalidità permanente accertato. L'invalidità permanente di grado inferiore al 3% non dà luogo ad alcun indennizzo.

Inoltre, ogni grado di invalidità permanente accertato dà diritto alla liquidazione di una percentuale del capitale assicurato, secondo una tabella di corrispondenza indicata nell'articolo 17 (cui si rinvia per maggiori dettagli).

Ad esempio, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 6%, la percentuale della somma assicurata da liquidare è pari al 3%; ipotizzando un capitale assicurato di € 100.000,00, la somma spettante all'assicurato sarà pari a € 3.000,00 così determinata: 3% di € 100.000,00 = € 3.000,00.

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Ad esempio, se il danno è € 3.000,00, ma il massimale previsto dalle condizioni di assicurazione è di € 1.000,00, l'assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 1000,00. In questo caso rimarrà a carico dell'assicurato la differenza di € 2.000,00:

€ 3.000,00 (danno) - € 1.000,00 (massimale) = € 2.000,00 (differenza a carico dell'assicurato).

**Qualora nel contratto non sia indicata l'età dell'assicurato, il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile di anni 75. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 13 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 8 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. Rivalse**

**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.**

Limitatamente al settore Tutela Personale, la Società rinuncia al diritto di rivalsa: per maggiori dettagli, per i presupposti e per gli effetti per il contraente si rinvia all'articolo 20 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 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 trenta 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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo abbia richiesto il risarcimento all'Assicurato o abbia promosso a tal fine contro di lui un'azione giudiziaria.

## **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, Responsabilità Civile Diversi, Assistenza sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 22,25%, 10,00%.

### **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.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **10. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

**Per i sinistri del settore Tutela Personale, l'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio in corso di contratto così come specificato nei rischi assicurati (articolo 10 delle condizioni di assicurazione). Il contraente, l'assicurato o i loro 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 16, 17, 19, 23 e 24 delle condizioni di assicurazione.

**Per i sinistri del settore Tutela verso Terzi, il contraente o l'assicurato devono darne avviso 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, ove non diversamente contrattualizzato.** Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 25 e 26 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 agli articoli da 27 a 33 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**

Limitatamente alle garanzie del settore Tutela Personale, è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 24 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](http://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 (art. 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

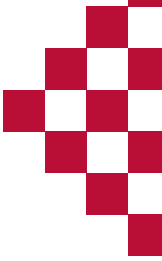
Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

### 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.



# Protezione Famiglia

**PROGRAMMA ASSICURATIVO  
PER LA FAMIGLIA**



Condizioni Generali di Assicurazione

<b>Premessa</b>	<b>2</b>
<b>Normativa Contrattuale</b>	<b>3</b>
<b>Terminologia Contrattuale</b>	<b>3</b>
<b>Norme Generali valide per i settori (A) - Tutela Personale e (B) - Tutela Verso Terzi</b>	<b>4</b>
Art. 1 Validità territoriale	4
Art. 2 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	4
Art. 3 Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 4 Altre assicurazioni	4
Art. 5 Proroga dell'assicurazione	4
Art. 6 Assicurazione per conto altrui	4
Art. 7 Oneri fiscali	4
Art. 8 Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge	4
Art. 9 Indipendenza da obblighi di legge	4
<b>Norme particolari che regolano il settore (A) - Tutela Personale</b>	<b>5</b>
Art. 10 Rischi assicurati	5
Art. 11 Rischi esclusi dall'assicurazione	6
Art. 12 Servizio militare	7
Art. 13 Limite di età	7
Art. 14 Persone non assicurabili	7
Art. 15 Morte	7
Art. 16 Invalidità permanente	7
Art. 17 Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente	9
Art. 18 Ricovero e/o ingessatura	9
Art. 19 Criteri di indennizzabilità	9
Art. 20 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
<b>Norme che regolano il settore (B) - Tutela verso Terzi</b>	<b>10</b>
Art. 21 Rischi assicurati	10
Art. 22 Rischi esclusi	11
<b>Cosa fare in caso di sinistro</b>	<b>12</b>
Settore (A) - Tutela Personale	12
Art. 23 Denuncia del sinistro e oneri relativi	12
Art. 24 Modalità di valutazione del danno in caso di controversie	12
Settore (B) - Tutela verso Terzi	13
Art. 25 Denuncia del sinistro e oneri relativi	13
Art. 26 Gestione delle vertenze di danno - Spese legali	13
<b>Norme particolari che regolano il servizio di pronta assistenza</b>	<b>14</b>
Premessa	14
Art. 27 Oggetto dell'assistenza	14
Art. 28 Prestazioni escluse	16
Art. 29 Decorrenza e durata	16
Art. 30 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	17
Art. 31 Esclusione di prestazioni e/o indennizzi alternativi	17
Art. 32 Caso fortuito e forza maggiore	17
Cosa fare in caso di emergenza	17
Art. 33 Istruzioni per la richiesta di assistenza	17

## Premessa

2 di 20

*Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza modello 13.64 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 massimali, indicati sul modulo di polizza, fatti salvi i limiti di risarcimento, le franchigie e gli scoperti eventualmente previsti nelle presenti Condizioni di Assicurazione.*

*Le Definizioni riportate nella Terminologia Contrattuale 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.**

# 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 valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.*

### **Assicurato**

Contraente e ciascun altro componente il suo stato di famiglia anagraficamente risultante al momento del sinistro il cui interesse è protetto dall'assicurazione, con esclusione - ai soli fini dell'assicurazione del Settore (A) - TUTELA PERSONALE - delle persone di età superiore ai 75 anni e di quelle non assicurabili in base all'art. 14.

### **Assicurazione**

Contratto di assicurazione.

### **Contraente**

Persona che stipula l'assicurazione.

### **Cose**

Oggetti materiali ed animali.

### **Franchigia**

Parte dell'indennizzo per invalidità permanente che, preventivamente concordata in polizza, può rimanere a carico dell'Assicurato.

### **Indennizzo**

Somma dovuta dalla Società all'Assicurato oppure ai suoi beneficiari oppure ai suoi aventi diritto in caso di sinistro.

### **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

### **Ingessatura**

Mezzo di contenzione confezionato con gesso o altro materiale da modellare ovvero costituito da tutori immobilizzanti esterni equivalenti, purché non suscettibili di rimozione da parte dell'Assicurato.

### **Invalità permanente**

Perdita definitiva totale o parziale, anatomica o funzionale, a seguito di infortunio di organi o arti, che comporti la riduzione o la perdita totale della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

### **Istituto di cura**

Ospedale, clinica o casa di cura - sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati - regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

### **Malattia**

Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Polizza**

Documento che prova l'assicurazione.

### **Premio**

Somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione.

### **Ricovero**

Degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura a seguito di infortunio.

### **Sinistro**

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

### **Società**

Groupama Assicurazioni S.p.A..

### **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.

### **Terzi**

Tutte le persone che non siano il Contraente e gli Assicurati, né loro coniugi, genitori, figli o altri loro parenti ed affini con essi conviventi.

# Normativa Contrattuale

## Norme Generali valide per i settori

### (A) - Tutela Personale e (B) - Tutela Verso Terzi

4 di 20

#### **Articolo 1 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale nel mondo intero.

#### **Articolo 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

#### **Articolo 3 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere effettuate e provate per iscritto.

#### **Articolo 4 - 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 rimosse non superino l'ammontare del danno.

#### **Articolo 5 - Proroga dell'assicurazione**

In mancanza di disdetta data da una delle parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si intende automaticamente prorogato per un anno e così successivamente, di anno in anno.

#### **Articolo 6 - Assicurazione per conto altrui**

Poiché l'assicurazione è stipulata anche per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dagli Assicurati, così come dispone l'art. 1891 del Codice Civile.

#### **Articolo 7 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

#### **Articolo 8 - Legislazione applicabile all'assicurazione e rinvio alle norme di legge**

Il contratto "Protezione Famiglia" è regolato dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è espressamente regolato dal contratto valgono le disposizioni di legge.

#### **Articolo 9 - Indipendenza da obblighi di legge**

L'assicurazione è stipulata indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti o future.



## Norme particolari che regolano il Settore (A) Tutela Personale

### **Articolo 10 - Rischi assicurati**

L'assicurazione vale per gli INFORTUNI che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività PROFESSIONALI principali e secondarie;
- b) di OGNI ALTRA ATTIVITA', anche durante il TEMPO LIBERO, che NON ABBAIA CARATTERE DI PROFESSIONALITA', ivi compresi i comuni HOBBY e i lavori attinenti la VITA FAMILIARE.

*L'assicurazione prevede i seguenti indennizzi aggiuntivi:*

- ◆ **Raddoppio dell'indennizzo ai minorenni per commorienza dei genitori:** qualora si verifichi la morte di entrambi i genitori, assicurati con la presente polizza, a seguito di infortunio causato da uno stesso evento - esclusi comunque gli infortuni aeronautici previsti dalla successiva lettera h) - la Società corrisponde un indennizzo raddoppiato a ciascuno dei figli conviventi e superstiti minori di anni 18.
- ◆ **Danno estetico:** qualora un'Assicurata in età compresa tra 14 e 50 anni subisca un infortunio che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva sfregi e deturpazioni di carattere permanente e di natura estetica fisiognomica, tali da non comportare invalidità permanente di carattere funzionale indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa all'Assicurata stessa le spese mediche da lei sostenute entro 2 anni dall'infortunio per interventi di chirurgia riparatrice e/o ricostruttiva del danno estetico.

Il rimborso delle spese mediche non potrà superare il 3% della somma assicurata per invalidità permanente totale, con il massimo di € 2.500,00.

*L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da:*

- a) COLPO di SONNO, STATO di MALORE o di INCOSCENZA;
- b) IMPERIZIA, IMPRUDENZA o NEGLIGENZA anche gravi;
- c) UBRIACHEZZA, con esclusione comunque di quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione;
- d) AGGRESSIONI od ATTI VIOLENTI, TUMULTI POPOLARI, ATTI di TERRORISMO, VANDALISMO, ATTENTATI, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- e) GUIDA di autovetture, autocaravan, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e di cose, autocarri, velocipedi, ciclomotori, motocicli, motocarri e natanti di superficie, per i quali l'Assicurato sia in possesso - ove prescritta - di regolare patente di abilitazione alla guida, a norma delle disposizioni vigenti;
- f) USO, in qualità di PASSEGGERO, dei mezzi di locomozione terrestre e di natanti di superficie;
- g) USO e GUIDA - a norma delle disposizioni vigenti - di trattori, macchine agricole, macchine operatrici ed altri veicoli di lavoro terrestri a motore in genere, adoperati dall'Assicurato nell'esercizio delle sue attività professionali;
- h) VIAGGI AEREI turistici o di trasferimento, sempreché la durata del contratto non sia inferiore ad un anno, effettuati in qualità di passeggero - e non anche di pilota o di membro dell'equipaggio - su velivoli ed elicotteri (esclusi deltaplani ed ultraleggeri) da chiunque gestiti, tranne che:
  - ◆ da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
  - ◆ da Aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne è disceso, intendendosi comprese la salita e la discesa. Resta convenuto, però, che la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dal Contraente o dagli Assicurati o da altri in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni "cumulative" non potrà superare i capitali di:

- ◆ per persona: € 1.000.000,00 per il caso di morte e € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- ◆ complessivamente per aeromobile: € 5.000.000,00 per il caso di morte e € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti;

- i) PRATICA - a titolo puramente ricreativo e senza carattere di professionalità - degli SPORT in genere, eccettuati comunque i seguenti: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- l) PARTECIPAZIONE - a titolo puramente ricreativo e senza carattere di professionalità - a CORSE, GARE o COMPETIZIONI (e relative prove) che non comportino l'impiego di veicoli o di natanti con motore e che non riguardino gli sport esclusi dalla precedente lettera i);
- m) GUERRA (dichiarata o non dichiarata) o INSURREZIONE POPOLARE per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Restano esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpissero l'Assicurato nei territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

*L'assicurazione vale, altresì, in caso di:*

- n) ASFISSIA causata da fuga di gas o di vapori;
- o) AVVELENAMENTI acuti da ingestione di cibi, di liquidi o di altre sostanze velenose;
- p) CONTATTO improvviso con corrosivi;
- q) INFEZIONI (escluse la malaria e le malattie tropicali) causate da morsi di animali e punture di insetti;
- r) ANNEGAMENTO;
- s) ASSIDERAMENTO o CONGELAMENTO, COLPI di SOLE o di CALORE, cadute di FULMINI, SCARICHE ELETTRICHE, altre INFLUENZE TERMICHE ed ATMOSFERICHE;
- t) LESIONI determinate da sforzi (esclusi comunque gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini).

### **Articolo 11 - Rischi esclusi dall'assicurazione**

L'assicurazione non vale per:

- a) gli infortuni sofferti in conseguenza di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) gli infortuni derivanti dalla pratica delle attività sportive svolte a titolo professionale, nonché di quelle svolte anche a titolo puramente ricreativo escluse all'art. 10, lett. i) e lett. l);
- c) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezione popolare (salvo quanto previsto all'art. 10 lett. m), nonché da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- d) 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 o fu-

- sione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) gli infortuni sofferti in conseguenza di abuso di psicofarmaci, di uso di stupefacenti e allucinogeni;
  - f) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio.

#### **Articolo 12 - Servizio militare**

L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

#### **Articolo 13 - Limite di età**

Qualora nel contratto non sia indicata l'età dell'Assicurato, l'assicurazione cessa al compimento del suo 75° anno di età. Tuttavia, se l'Assicurato compie tale età nel periodo di vigenza dell'assicurazione, "Protezione Famiglia" rimane efficace fino alla successiva scadenza annuale del premio.

#### **Articolo 14 - 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 (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 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.

#### **Articolo 15 - Morte**

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, salvo diversa designazione di beneficiari.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma che questi sia deceduto, la Società liquiderà 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 invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

#### **Articolo 16 - Invalidità permanente**

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida - con le modalità previste all'art. 17 - un indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente to-

tale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/6/1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino al 31 dicembre 1999.

La perdita totale ed irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo 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 mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Le percentuali riportate nel prospetto seguente rappresentano un estratto di quelle indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124:

DESCRIZIONE DELLE INVALIDITA' PERMANENTI	PERCENTUALI	
	DESTRO	SINISTRO
<b>Perdita di un braccio:</b> a) per disarticolazione scapolo-omeroale	<b>85</b>	<b>75</b>
	b) per amputazione al terzo superiore	<b>80</b>
<b>Perdita totale dell'avambraccio</b>	<b>75</b>	<b>65</b>
<b>Perdita della mano</b>	<b>70</b>	<b>60</b>
<b>Perdita di tutte le dita della mano</b>	<b>65</b>	<b>55</b>
<b>Perdita totale del pollice</b>	<b>28</b>	<b>23</b>
<b>Perdita totale dell'indice</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>Perdita totale del medio</b>		<b>12</b>
<b>Perdita totale dell'anulare</b>		<b>8</b>
<b>Perdita totale del mignolo</b>		<b>12</b>
<b>Perdita totale di una gamba (coscia)</b>		<b>80</b>
<b>Perdita di un piede</b>		<b>50</b>
<b>Perdita totale del solo alluce</b>		<b>7</b>
<b>Sordità completa di un orecchio</b>		<b>15</b>
<b>Sordità completa bilaterale</b>		<b>60</b>
<b>Perdita totale della facoltà visiva di un occhio</b>		<b>35</b>
<b>Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi</b>		<b>100</b>
<b>Perdita di un rene con integrità del rene superstite</b>		<b>25</b>
<b>Perdita della milza</b>		<b>15</b>

**Articolo 17 - Modalità di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente**

La liquidazione dell'indennizzo per il caso di invalidità permanente è effettuata - fermo quanto previsto all'art. 16 - con la franchigia assorbibile e le maggiorazioni di seguito riportate:

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA (col. 1)	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE (col. 2)	PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA (seguito col. 1)	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE (seguito col. 2)
1	—	34	41,0
2	—	35	42,5
3	—	36	44,0
4	1,0	37	45,5
5	2,0	38	47,0
6	3,0	39	48,5
7	4,0	40	50,0
8	5,0	41	51,5
9	6,0	42	53,0
10	7,0	43	54,5
11	8,0	44	56,0
12	9,0	45	57,5
13	10,0	46	59,0
14	11,0	47	60,5
15	12,5	48	62,0
16	14,0	49	63,5
17	15,5	50	65,0
18	17,0	51	67,0
19	18,5	52	69,0
20	20,0	53	71,0
21	21,5	54	73,0
22	23,0	55	75,0
23	24,5	56	77,0
24	26,0	57	79,0
25	27,5	58	81,0
26	29,0	59	83,0
27	30,5	60	85,0
28	32,0	61	87,0
29	33,5	62	89,0
30	35,0	63	91,0
31	36,5	64	93,0
32	38,0	65	95,0
33	39,5	da 66 a 100	100,0

**Articolo 18 - Ricovero e/o ingessatura**

Se l'infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva un ricovero in istituto di cura o un'ingessatura senza ricovero dell'Assicurato, la Società liquida la relativa somma assicurata:

- ◆ in caso di ricovero, per ciascun giorno di degenza dell'Assicurato e per la durata massima di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio;
- ◆ in caso di ingessatura, per ciascun giorno trascorso dall'Assicurato in assenza di ricovero, fino alla rimozione dell'ingessatura stessa e per la durata massima di 90 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

**Articolo 19 - Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono arrecare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, non sono indennizzabili essendo conseguenze indirette. Parimenti, se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di invalidità permanente, rimane confermato quanto stabilito all'art. 16.

**Articolo 20 - Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

## Norme particolari che regolano il Settore (B) Tutela Verso Terzi

10 di 20

### **Articolo 21 - Rischi assicurati**

L'assicurazione vale, entro i limiti del massimale garantito, per le somme (capitale, interessi e spese) che l'Assicurato sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose involontariamente cagionati in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione a:

- ◆ fatti della VITA PRIVATA;
- ◆ attività EXTRAPROFESSIONALI e del TEMPO LIBERO, ivi compresi i comuni HOBBY ed i lavori attinenti la VITA FAMILIARE.

*L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato da:*

- a) PROPRIETA' e CONDUZIONE della DIMORA abituale e/o saltuaria - ivi comprese le eventuali dipendenze quali giardini, orti, piscine, campi da tennis, campi da bocce, cantine, soffitte, box, garage e viali padronali o condominiali - purché occupata dall'Assicurato. Se l'appartamento fa parte di un condominio, l'assicurazione comprende tanto i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in proprio, quanto la quota proporzionale a suo carico, dei danni derivanti dalla proprietà comune, escluso ogni maggior onere conseguente al suo obbligo solidale con gli altri condomini;
- b) CADUTA di ANTENNA ricevente per televisione e ricetrasmittente per radioamatori;
- c) DETENZIONE ed USO di ARMI, escluso il loro impiego per l'esercizio della caccia;
- d) GUIDA, anche da parte di domestici, di velocipedi senza motore, di imbarcazioni a remi, windsurf e imbarcazioni a vela di lunghezza non superiore a m. 6,50, senza motore ausiliario;
- e) USO e GUIDA da parte dell'Assicurato minorenni, ad insaputa dei genitori, di CICLOMOTORI che non siano di proprietà di uno degli Assicurati, né siano a qualcuno di essi intestati al P.R.A. o locati o dati in uso;
- f) MESSA in MOTO da parte dell'Assicurato minore di 14 anni, ad insaputa dei genitori, di VEICOLI e NATANTI a motore;
- g) PRATICA - a titolo puramente ricreativo e senza carattere di professionalità -degli SPORT in genere, eccettuati comunque i seguenti: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- h) PARTECIPAZIONE - a titolo puramente ricreativo e senza carattere di professionalità - a CORSE, GARE o COMPETIZIONI (e relative prove) che non comportino l'impiego di veicoli o di natanti con motore e che non riguardino gli sport esclusi dalla precedente lettera g);
- i) LAVORI di ORDINARIA MANUTENZIONE eseguiti in economia nei locali abitati dall'Assicurato;
- l) INCENDIO, ESPLOSIONE di gas, SCOPPIO degli apparecchi a vapore e degli impianti termici nei locali abitati dall'Assicurato, con esclusione dei danneggiamenti a cose;
- m) SCOPPIO del TUBO dei raggi catodici degli apparecchi televisivi installati nei locali abitati dall'Assicurato, con esclusione dei danneggiamenti a cose;
- n) PROPRIETA' di CAVALLI ed altri ANIMALI DOMESTICI, posseduti per uso privato;
- o) PRATICA di MODELLISMO a scopo di svago, escluse le competizioni ufficiali;
- p) COLTIVAZIONE, per diletto, di ORTI e GIARDINI di pertinenza dell'abitazione dell'Assicurato;
- q) USO di APPARECCHI DOMESTICI in genere.

*L'assicurazione vale, altresì, per i danni che l'Assicurato sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:*

- r) ai TERZI, per fatti commessi da propri DOMESTICI durante l'espletamento delle mansioni domestiche per ordine e conto dell'Assicurato;

s) ai PROPRI DOMESTICI, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da loro sofferti, ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

Le garanzie di cui alle precedenti lettere r) ed s) sono efficaci alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge riguardante i domestici.

### **Articolo 22 - Rischi esclusi**

L'assicurazione non vale per i danni derivanti da:

- a) fatti dolosi dell'Assicurato;
- b) esercizio di attività professionali;
- c) proprietà, possesso, uso e guida di mezzi di locomozione e natanti in genere - soggetti o non all'assicurazione obbligatoria prevista dalla legge 24/12/1969, n. 990 e successive modifiche - salvo quanto previsto all'art. 21, lett. d), lett. e) e lett. f);
- d) proprietà e conduzione in genere di beni immobili, salvo quanto previsto all'art. 21 lett. a);
- e) lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione di beni immobili;
- f) pratica di tutte le attività sportive svolte a titolo professionale, nonché di quelle, svolte anche a titolo non professionale, escluse all'art. 21, lett. g) e lett. h);
- g) furto perpetrato ai danni dell'Assicurato;
- h) il tutto o in parte, dall'azione o dalla presenza in qualsiasi forma dell'amianto.

L'assicurazione non vale, altresì, per i danni alle cose di terzi che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo o destinazione.

# Cosa fare in caso di sinistro

12 di 20

## SETTORE (A) - TUTELA PERSONALE

### **Articolo 23 - Denuncia del sinistro e oneri relativi**

Fermo il disposto dell'art. 1915 del Codice Civile, la denuncia del sinistro con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza 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 24 - Modalità di valutazione del danno in caso di controversie**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sul grado dell'invalidità permanente o sulla durata del ricovero e/o dell'ingessatura, 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 di un 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. E' 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.



## SETTORE (B) - TUTELA VERSO TERZI

### **Articolo 25 - Denuncia del sinistro e oneri relativi**

Fermo il disposto dell'art. 1915 del Codice Civile, la denuncia del sinistro con l'indicazione del danneggiato, contenente anche la descrizione sommaria dell'evento, delle cause e delle circostanze che lo determinarono, deve essere fatta per iscritto alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni dal fatto o da quando se ne è avuta conoscenza. Relativamente agli infortuni subiti dai domestici, la denuncia del sinistro deve essere fatta soltanto nei casi per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge riguardante l'assicurazione obbligatoria infortuni.

### **Articolo 26 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali**

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

## Norme particolari che regolano il servizio di pronta assistenza

### Premessa

Tutte le garanzie comprese nel settore Assistenza vengono prestate dalla Società attraverso la Struttura Organizzativa Europ Assistance Service S.p.A. che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste nel presente settore.

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

### **Articolo 27** - Oggetto dell'assistenza

In caso di malattia o di infortunio, la Struttura Organizzativa presta il Servizio di Pronta Assistenza quando l'Assicurato si trovi:

- ◆ in Italia, anche nella propria residenza: per le garanzie a), b), c), d), e);
- ◆ in Italia, ad oltre 50 Km. dalla propria residenza, oppure all'estero, nel mondo intero: per tutte le altre garanzie.

Le prestazioni del Servizio possono essere richieste dal Contraente e da ciascuno degli Assicurati che compongono il suo nucleo familiare.

Le prestazioni garantite sono le seguenti:

a) **Consulenza medica immediata e informazioni** - La Struttura Organizzativa fornisce consulenza medica immediata ed informazioni su:

- ◆ reperimento di medici generici e specialisti;
- ◆ reperimento di servizi di soccorso d'urgenza;
- ◆ organizzazione di consulti medici;
- ◆ centri di cura pubblici e privati;
- ◆ località di soggiorno, relative strutture e disponibilità alberghiere;
- ◆ agevolazioni, sconti e facilitazioni riservati alla famiglia per viaggi, soggiorni, spettacoli, ecc.;
- ◆ turismo giovanile e soggiorni di studio;
- ◆ corsi universitari o di specializzazione.

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma metterà rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Le spese per le prestazioni richieste resteranno a carico dell'Assicurato.

b) **Reperimento ed invio di una ambulanza** - Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in ambulanza e non riesca a reperire tale mezzo, la Struttura Organizzativa provvederà al reperimento e all'invio della stessa presso il luogo indicato dall'Assicurato stesso.

Le spese per tale prestazione resteranno a carico dell'Assicurato.

c) **Invio di un medico d'urgenza** - Qualora all'Assicurato sia impossibile reperire il proprio medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà al reperimento di un altro medico ed al suo invio al domicilio dell'Assicurato stesso.

Le spese per tale prestazione resteranno a carico dell'Assicurato.

d) **Invio di una baby sitter** - Qualora un'Assicurata si debba ricoverare in istituto di cura a seguito di malattia improvvisa, infortunio o parto e si prevede che il ricovero duri più di 8 giorni, la Struttura Organizzativa provvederà, previo avviso di almeno 2 giorni, ad inviare al domicilio dell'Assicurata una "baby sitter" che si prenderà cura dei figli dell'Assicurata stessa minori di 12 anni.

La Struttura Organizzativa contribuirà al 70% del costo delle prestazioni della “baby sitter”, entro il limite di € 25,83 giornalieri e per un massimo di 15 giorni.

- e) **Reperimento ed invio di un infermiere** - Se, al momento del rientro al proprio domicilio dopo un ricovero presso un istituto di cura a seguito di intervento chirurgico di durata di almeno 8 giorni, l'Assicurato non fosse ancora autosufficiente, la Struttura Organizzativa reperirà ed invierà al suo domicilio un infermiere per prestare la necessaria assistenza. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese per le prestazioni infermieristiche per un massimo di 5 giorni - anche non consecutivi - e con il limite giornaliero di € 51,65, mentre resteranno a carico dell'Assicurato le spese per le eventuali prestazioni dell'infermiere eccedenti tali limiti.

Le prestazioni infermieristiche a carico della Struttura Organizzativa non potranno, comunque, protrarsi oltre il 30° giorno dalla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura.

- f) **Trasporto sanitario** - In caso di infortunio o malattia di gravità tale da richiedere, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, anche in collaborazione con il medico curante o che abbia prestato le prime cure, il trasporto urgente dell'Assicurato ad un centro ospedaliero designato dagli stessi medici, la Struttura Organizzativa provvederà al trasporto a proprie spese, col mezzo giudicato più idoneo dai suoi medici (aereo sanitario privato, aereo di linea, ambulanza, treno od altri).

Il centro ospedaliero sarà scelto il più vicino possibile alla residenza dell'Assicurato o al luogo del sinistro. L'uso dell'aereo sanitario privato è limitato ai Paesi dell'Europa (esclusa l'Albania) e del Bacino del Mediterraneo (esclusa la Libia).

- g) **Rientro dell'Assicurato dopo le cure** - Dopo le cure d'urgenza in regime di ricovero sul posto dell'infortunio o della malattia e non appena le condizioni fisiche lo consentano, la Struttura Organizzativa provvederà a proprie spese al rientro dell'Assicurato alla sua residenza od al centro ospedaliero più vicino ad essa per il proseguimento delle cure.

Il trasporto avverrà con il mezzo ritenuto più idoneo dai medici della Struttura Organizzativa, con obbligo per l'Assicurato di consegnare alla Struttura Organizzativa stessa il suo eventuale biglietto di viaggio di ritorno se egli non sarà in grado di servirsi del mezzo di trasporto per il quale fu acquistato detto biglietto.

- h) **Anticipo denaro per spese mediche all'estero** - Qualora l'Assicurato si trovi all'estero e necessiti urgentemente di cure mediche, farmaceutiche e chirurgiche, la Struttura Organizzativa effettuerà un anticipo di denaro fino a € 1.292,00, richiedendo adeguate controgaranzie. Il rimborso di tale anticipo dovrà essere effettuato dall'Assicurato, senza gravame di interessi entro e non oltre 60 giorni, alla Struttura Organizzativa.

- i) **Biglietto per visita all'estero di un parente dell'Assicurato** - Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessiti di un ricovero urgente sul posto per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un parente un biglietto di viaggio andata e ritorno (aereo in classe turistica o ferroviario in 1ª classe) per recarsi al suo capezzale.

- l) **Rimpatrio dall'estero dei figli minori** - Qualora, in caso di ricovero o di decesso dell'Assicurato all'estero, eventuali figli minori di anni 15 fossero rimasti senza accompagnatore, la Struttura Organizzativa provvederà a proprie spese al loro rimpatrio con il mezzo di trasporto da essa ritenuto più idoneo. Se le circostanze lo richiedessero, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dei figli minori un accompagnatore.

- m) **Rientro anticipato dell'Assicurato** - In caso di decesso per infortunio o per malattia improvvisa di un parente di 1° grado dell'Assicurato, mentre questi trovasi in viaggio, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato stesso un biglietto di viaggio di ritorno al proprio domicilio (aereo in classe turistica o ferroviario in 1ª classe).

Limitatamente all'Europa, il biglietto potrà essere di andata e ritorno qualora l'Assicurato intenda proseguire, entro 30 giorni dal rientro, il viaggio interrotto.

- n) **Invio medicinali indispensabili all'estero** - Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, si sia dovuto ricoverare e necessiti urgentemente di medicinali irripetibili sul luogo del ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà, se possibile, al loro reperimento ed invio all'aeroporto internazionale più vicino.

Il costo dei medicinali e delle eventuali spese doganali resteranno a carico dell'Assicurato.

- o) **Trasporto della salma** - In caso di decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a proprie spese all'adempimento di tutte le formalità sul posto del decesso e al trasporto della salma (incluse le spese del feretro), in conformità con le norme internazionali, fino al luogo di sepoltura in Italia.

Le spese relative alle cerimonie funebri ed alla sepoltura resteranno a carico degli eredi dell'Assicurato.

- p) **Sepoltura sul posto** - Qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere sepolto sul posto del decesso, la Struttura Organizzativa provvederà alla sepoltura a proprie spese. Inoltre, metterà a disposizione di un familiare un biglietto di viaggio di andata e ritorno (aereo in classe turistica o ferroviario in 1ª classe) per presenziare.

- q) **Trasmissione messaggi urgenti** - La Struttura Organizzativa trasmetterà eventuali messaggi urgenti ai familiari dell'Assicurato qualora esso, a seguito di malattia o di infortunio, fosse impossibilitato a mettersi personalmente in contatto con loro.

- r) **Intermediazione telefonica per problemi di salute** - La Struttura Organizzativa organizza il contatto telefonico tra il proprio personale multilingue, i medici curanti sul posto e l'Assicurato o i suoi parenti qualora l'Assicurato stesso, all'estero, venga ricoverato in ospedale o subisca un infortunio e non riesca a comunicare con i medici perché non conosce la lingua.

#### **Articolo 28 - Prestazioni escluse**

Il SERVIZIO DI PRONTA ASSISTENZA non è prestato per i casi e per gli eventi esplicitamente esclusi dall'assicurazione in base ai seguenti articoli delle Norme che regolano il Settore (A) - Tutela Personale: art. 10 - lettere c), d), i) e l); art. 11; art. 12; art. 13; art. 14.

Il SERVIZIO DI PRONTA ASSISTENZA non è prestato, altresì, nei seguenti casi:

- ◆ conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto;
- ◆ cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ◆ malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ◆ infortuni e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- ◆ aborto non terapeutico;
- ◆ applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- ◆ acquisto, noleggio, manutenzione e riparazioni di apparecchi protesici e terapeutici;
- ◆ protesi dentarie in ogni caso e cure dentarie o delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- ◆ ricerca e/o soccorso in mare;
- ◆ ricerca e/o soccorso in alta montagna a seguito di escursioni per scalata di rocce e/o di accesso a ghiacciai.

#### **Articolo 29 - Decorrenza e durata**

Il Servizio di Pronta Assistenza è prestato a partire dalle ore 24 del giorno del pagamento della prima rata di premio e vale per tutta la durata della polizza.

**Articolo 30 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro, la Struttura Organizzativa ha diritto di controllare, a mezzo di propri incaricati, lo stato di salute dell'Assicurato, anche prendendo visione della cartella clinica. A tale scopo, l'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

**Articolo 31 - Esclusione di prestazioni e/o indennizzi alternativi**

La Società non è tenuta a fornire prestazioni ovvero a corrispondere indennizzi in alternativa o a titolo di compensazione di quanto previsto all'art. 27 delle presenti Norme Particolari.

**Articolo 32 - Caso fortuito e forza maggiore**

La Società non assume responsabilità alcuna per danni conseguenti e/o derivanti da suo mancato ovvero ritardato intervento imputabile a caso fortuito oppure a forza maggiore.

**COSA FARE IN CASO DI EMERGENZA****Articolo 33 - Istruzioni per la richiesta di assistenza**

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa Europ Assistance Service S.p.A. 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
- ◆ Numero di fax: +39.02.58.47.72.02
- ◆ E-mail: [prontassistenza.groupama@europassistance.it](mailto: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 NIRF
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

**Dati aggiornati al 1 Gennaio 2011**









**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

