



PROTEZIONE

MY PROTECTION INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. MALATTIA.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: My Protection

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Malattia.



Che cosa è assicurato?

Nei casi di malattia, intesa come alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, è assicurato:

- ✓ **Invalidità permanente da malattia:** a condizione che la malattia sia invalidante permanentemente oltre il 25%, un indennizzo che è funzione del grado di invalidità accertata e della somma assicurata, indicata in polizza. La determinazione della percentuale di invalidità permanente è fatta facendo riferimento alla tabella delle invalidità redatta dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Malattia correlata a infezione da HIV;
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre ed insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Invalidità da malattia manifestatesi oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto prevede alcune carenze, ovvero la garanzia decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- ! Non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari od inferiore al 25%.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione dell'invalidità permanente da malattia è effettuata in Italia.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

My Protection

Ed. 12/2024

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. 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.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 624,7 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 131,9 milioni di Euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici> e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 436,4 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 196,4 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 969,5 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 811,5 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 222,17%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per:

- * le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o

	<p>ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;</p> <ul style="list-style-type: none"> * le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo; * le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; * malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze; * patologie correlate a infezione da HIV; * le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; * le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici; * le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; * le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; * le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato); * le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni; * le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace); * le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche); * le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero. <p>Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato per le malattie si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.</p> <p>La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede franchigie.

! **Franchigie**

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato, solitamente espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata.

Esempio franchigia in cifra fissa

Danno: € 1.000,00

Franchigia: € 200,00,

Somma spettante all'Assicurato così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00

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

In questo prodotto esistono varie tipologie di franchigie sul grado di invalidità permanente accertato. Le invalidità permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun indennizzo.

Esempio franchigia in percentuale

Capitale assicurato: € 100.000,00

Percentuale di invalidità permanente accertata: 5%


Franchigia prevista per quel capitale: 3%


Percentuale della somma assicurata da liquidare: 5% - 3% = 2%.


Somma spettante all'assicurato: 2% di 100.000,00 = € 2.000,00.


! **Rivalsa**


La società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete.


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'articolo 1913 del Codice Civile.</p> <p>La denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi e, successivamente, l'assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta.</p> <p>L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi a eventuali accertamenti medici e fornire ogni informazione.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: la garanzia Malattia non prevede l'assistenza diretta, ma solo rimborsuali/indennitarie.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non previste.</p> <p>Prescrizione: 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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Pagamento dell'indennizzo</p> <p>Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.</p> <p>Arbitrato</p> <p>In caso di attivazione della procedura arbitrale la Società sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali e mensili senza l'applicazione di alcuna maggiorazione.</p> <p>Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 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; contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia. <p>Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte.</p>
Rimborso	<p>Qualora la Società abbia assicurato soggetti affetti 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.</p> <p>La cessazione 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.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non prevista.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Al Contraente è data facoltà di recedere dal contratto entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è concluso. Tale recesso comporta l'annullamento della polizza e delle relative garanzie assicurative ed ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle imposte.
Risoluzione	Per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il Modulo Invalidità Permanente da Malattia è rivolto ai soggetti di età compresa tra i 18 e i 60 anni che desiderano avere a disposizione una somma economica per fronteggiare la perdita di capacità lavorativa generica conseguente all'invalidità permanente subita.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 25%	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	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 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. 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. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro. - 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://ec.europa.eu/odr) 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.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<i>Imposta sui premi</i> I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. Il premio relativo al presente contratto, avente ad oggetto la copertura del rischio Malattia, è soggetto ad aliquota pari a 2,50%.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico e aver pagato il premio con metodi tracciabili.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA NON UTILIZZABILE



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MY PROTECTION INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

Premessa

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

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

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

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con fondo celeste nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 220329).

GLOSSARIO

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

ASSICURATO

Il soggetto per il quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

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

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DIFETTI FISICI

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

FRANCHIGIA

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa.

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, totale o parziale, della capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA

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

MALATTIA COESISTENTE

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

MALATTIA CONCORRENTE

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

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MASSIMALE

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

POLIZZA

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

PREMIO

La somma che il Contraente versa alla Società.

QUESTIONARIO SANITARIO

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

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

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

SCOPERTO

La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

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

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile, dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

ART. 8 - RECESSO, PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 11 - FORO COMPETENTE

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

ART. 12 - ONERI FISCALI

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

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

La valutazione della invalidità permanente viene effettuata in Italia.

ART. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

COSA È ASSICURATO E CONTRO QUALI DANNI

ART. 15 - CHI E' ASSICURATO

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

ART. 16 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART. 17 - COSA È ASSICURATO - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Se la malattia, diagnosticata nel periodo di validità dell'assicurazione, ha come conseguenza un'Invalidità Permanente da Malattia e questa si manifesta non oltre un anno dalla cessazione del contratto, la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le condizioni di seguito riportate:

CRITERI DI VALUTAZIONE - ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

La minorazione o 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%.

L'accertamento da parte della Società avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di manifestazione della malattia.

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

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

Le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ - LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%. Se l'Invalidità permanente da Malattia è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida un indennizzo sulla somma assicurata in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA E RELATIVI INDENNIZZI

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	5	36	36	47	47	58	67
26	8	37	37	48	48	59	71
27	11	38	38	49	49	60	75
28	14	39	39	50	50	61	79
29	17	40	40	51	51	62	83
30	20	41	41	52	52	63	87
31	23	42	42	53	53	64	91
32	26	43	43	54	54	65	95
33	29	44	44	55	55	oltre 65	100
34	32	45	45	56	59		
35	35	46	46	57	63		

COME MI ASSICURO

ART. 18 - TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto all'art. 5, la garanzia decorre dal 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano soltanto in relazione alle maggiori somme previste dal nuovo contratto.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 19 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti all'Assicurato da assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;
- e) patologie correlate a infezione da HIV;
- f) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- g) le conseguenze di trattamenti dietologici o estetici;
- h) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- i) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- k) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni.
- l) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insur-

reazione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);

- m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- n) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alla lettera a) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'

ART. 20 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto della malattia all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni, da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica che contenga diagnosi circostanziata sulla causa e sulla natura dell'infermità.

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

ART. 21 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

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

ART. 22 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine

dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

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

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

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

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

ART. 23 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

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

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

ATTIVITÀ CLASSE DI RISCHIO B

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

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

PROFESSIONI NON AMMESSE

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

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni