



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

QUISICURA SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Norme comuni a tutte le garanzie
Garanzie assistenza e tutela legale

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

CGA

Premessa	3
GLOSSARIO	4
SEZIONE NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	8
Art. 1 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	8
Art. 2 Assicurazioni per conto proprio o di chi spetta	8
Art. 3 Modifiche dell'assicurazione	8
Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 5 Altre assicurazioni	8
Art. 6 Scadenza dell'assicurazione	9
Art. 7 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 8 Foro competente	9
Art. 9 Oneri fiscali	9
Art. 10 Estensione territoriale	9
Art. 11 Indicizzazione	9
Art. 12 Aggiornamento annuo del premio in caso di pattuizione della tacita proroga	10
Art. 13 Rinvio alle norme di legge	10
SEZIONE TUTELA LEGALE	10
CHI E COSA E' ASSICURATO	10
Art. 14 Premessa	10
Art. 15 Chi è assicurato - Ambito delle prestazioni e soggetti assicurati	10
Art. 16 Persone non assicurabili	11
Art. 17 Cosa e' assicurato - Oggetto del contratto di Assicurazione	12
COSA NON È ASSICURATO	12
Art. 18 Esclusioni	12
LIMITI DI COPERTURA	13
Art. 19 Estensione territoriale	13
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE	14
Art. 20 Insorgenza del sinistro	14
Art. 21 Denuncia del sinistro e libera scelta del legale	14
Art. 22 Fornitura dei mezzi di prova dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa	15
Art. 23 Gestione del sinistro	15
Art. 24 Restituzione delle spese anticipate	15
SEZIONE ASSISTENZA	16
CHI E COSA E' ASSICURATO	16
Art. 25 Premessa - Servizio di assistenza	16
Art. 26 Chi è assicurato	16
Art. 27 Persone non assicurabili	16
Art. 28 Cosa è assicurato - Prestazioni di assistenza	17

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA	20
CONDIZIONE AGGIUNTIVA	20
Art. 29 H - Assistenza infermieristica domiciliare	20
COSA NON È ASSICURATO	21
Art. 30 Esclusioni	21
LIMITI DI COPERTURA	22
Art. 31 Limiti territoriali	22
Art. 32 Limiti di esposizione	22
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	23
Art. 33 Richiesta di assistenza - Prescrizione	23
Art. 34 Limitazione di responsabilità della Struttura Organizzativa	23
Art. 35 Comunicazioni e Variazioni	23
FAC SIMILE DENUNCIA DI SINISTRO	24
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE	25

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 stampa su sfondo verde nelle condizioni di assicurazione (mod. 250010, 250011, 250012, 250013, 250014, 250015, 250016).

Premessa

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate dalle condizioni di assicurazione delle singole garanzie acquistate e dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220005) o nelle Dichiarazioni sanitarie (mod. 220006), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220003).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario / Dichiarazioni sanitarie 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 hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

AMBULATORIO

La struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

CARTA SANITARIA

Tessera consegnata al Contraente alla conclusione del contratto con i recapiti della Struttura Organizzativa.

CASO ASSICURATIVO

Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

CENTRO DIAGNOSTICO CONVENZIONATO

Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche, convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia. L'elenco dei centri diagnostici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

Centro regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CONTRAENTE

Il soggetto che sottoscrive l'assicurazione e paga il premio.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico.

DICHIARAZIONI SANITARIE

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il docu-

mento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative.

ENDOPROTESI

Struttura protesica, compresi apparecchi terapeutici, applicati all'interno del corpo umano in corso di intervento chirurgico.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito che in caso di danno l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun sinistro, viene detratto dall'indennizzo.

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato nelle condizioni di assicurazione "Rimborso Spese Mediche Forma Speciale" (mod. 250013) e "Indennità Giornaliera da Ricovero" (mod. 250015).

GRAVE EVENTO MORBOSO

La malattia rientrante nell'Elenco Gravi Eventi Morbosi riportato nelle condizioni di assicurazione "Rimborso Spese Mediche Forma Speciale" (mod. 250013) e "Indennità Giornaliera da Ricovero" (mod. 250015).

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 fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrissia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. **Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.**

ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO

Istituto di cura convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco degli istituti di cura convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute 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.

MEDICO CONVENZIONATO

Medico convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per l'Assicurazione.

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 stesso o da chi ne esercita la potestà.

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.

SOCIETÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E SINISTRI MALATTIA

MyAssistance S.r.l - Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza, per coadiuvare l'Assicurato nella scelta degli istituti di cura, dei centri diagnostici e degli studi odontoiatrici convenzionati e per la gestione dei sinistri malattia.

STUDIO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO

Lo studio odontoiatrico convenzionato con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco degli studi odontoiatrici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

TUTELA LEGALE

L'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 artt. 163, 164, 173, 174 e correlati.

SEZIONE 1 - NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 1

PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Salvo quanto previsto all'art. 4 della Sezione 3 "Garanzia Tutela Legale", 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. Restano in ogni caso fermi i termini di aspettativa indicati nelle condizioni di assicurazione relative alle garanzie acquistate dal Contraente. 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 C.C., 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 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:

- del giorno in cui si effettua il pagamento per gli infortuni,
- dal 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per gli altri eventi garantiti.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata il contratto è risolto di diritto.

Il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 2

ASSICURAZIONE PER CONTO PROPRIO O DI CHI SPETTA

La presente assicurazione è stipulata per conto proprio o nell'interesse di chi spetta; gli obblighi derivanti dal contratto debbono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 C.C.

ART. 3

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti.

ART. 4

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 C.C.

ART. 5

ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente 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'articolo 1910 C.C.

ART. 6

SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

Se nella polizza è stata pattuita la tacita proroga, resta inteso che, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così successivamente.

Se nella polizza non è stata pattuita la tacita proroga, l'assicurazione scade, senza obbligo di disdetta, alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

ART. 7

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'articolo 1916 C.C.

ART. 8

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. 9

ONERI FISCALI

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

ART. 10

ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente indicato nelle singole garanzie, l'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione della invalidità permanente da malattia viene effettuata in Italia.

ART. 11

INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta, le eventuali detrazioni a carico dell'Assicurato espresse in cifra assoluta, ed il premio sono soggetti ad adeguamento automatico in proporzione alle variazioni percentuali del "numero indice" rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialistici", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica", rilevato dall'ISTAT.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato in polizza, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipula, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Il suddetto adeguamento:

- non è mai operante per le garanzie assistenza, tutela legale e rendita vitalizia da malattia;
- è operante solo se pattuito in polizza per le garanzie indennità giornaliera da ricovero (e relative condizioni aggiuntive) ed invalidità permanente da malattia.
- è sempre operante per le restanti garanzie.

ART. 12

AGGIORNAMENTO ANNUO DEL PREMIO IN CASO DI PATTUIZIONE DELLA TACITA PROROGA

Se nella polizza è stata pattuita la tacita proroga, il solo premio relativo alle garanzie Rimborso Spese Mediche - Forme Elite e Classica, Alta Diagnostica, Diagnostica e Specialistica, alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, oltre ad essere soggetto ad indicizzazione nei termini riportati al precedente art. 11, viene aumentato nella misura annua fissa del 3%.

ART. 13

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.

SEZIONE - TUTELA LEGALE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 14

PREMESSA

Nel rispetto della disciplina normativa vigente, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale ad ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- telefono centralino: 045.8290411
- mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it
- fax per invio nuove denunce di sinistro: +39 045.8290557
- mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@ARAG.it
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro +39 045.8290449

(La Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale altra società 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).

ART. 15

CHI E' ASSICURATO - AMBITO DELLE PRESTAZIONI E SOGGETTI ASSICURATI

Le garanzie di tutela legale vengono prestate a tutela dei diritti di tutte le persone

assicurate in polizza (fino ad un massimo di dieci assicurati) ed in essa individuate nominativamente.

Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie vengono prestate unicamente a favore del Contraente - Assicurato.

Vengono garantiti gli oneri previsti dall'art.17 Oggetto del contratto di Assicurazione per i sinistri relativi a:

1. danni subiti

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

2. danni subiti a seguito di ricovero

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti durante il ricovero presso istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

3. danni subiti derivanti da interventi chirurgici

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti dalla persona derivanti da interventi chirurgici effettuati in occasione di ricovero per malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista dalla polizza principale. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza principale, sono compresi anche quelli effettuati in day hospital.

Compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

4. controversie contrattuali

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze contrattuali di controparte nei casi di malpractice medica sanitaria conseguenti o connessi a malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico come garantito dalla polizza principale.

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, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, 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 C.C., 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 E' ASSICURATO - OGGETTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Groupama Assicurazioni spa assicura, nei limiti del massimale convenuto di € 10.000 per ogni sinistro senza limite annuo, la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, nei casi indicati nella presente polizza.

Quando l'assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società, nei limiti stabiliti dalla polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata fino a due casi per sinistro
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva per accertare modalità e dinamica dei sinistri.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti di quota lite conclusi tra l'Assicurato e l'Avvocato.

Sono escluse le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari.

L'assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro.

La Società non si assume il pagamento di:

- multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

ART. 18

ESCLUSIONI

Se nel contratto non è previsto diversamente, le garanzie non operano per sinistri relativi a:

- a) diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- d) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie;
- e) proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili;
- f) per qualsiasi spesa derivante dalla costituzione di parte civile quando l'assicurato venga perseguito in sede penale;

- g) fatti dolosi delle persone assicurate;
- h) fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- i) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- j) per qualsiasi sinistro inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
- k) spese legali e peritali calcolate in base ad accordi tra l'Assicurato ed il professionista;
- l) diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- m) spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG.

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.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 19

ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia opera nei paesi di seguito indicati se in questi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario di competenza.

TIPO DI VERTENZA	DOVE
Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti	Unione Europea Regno Unito Svizzera Liechtenstein Principato di Monaco Città del Vaticano Repubblica di San Marino Stati extraeuropei posti nel bacino del mediterraneo
TIPO DI VERTENZA	DOVE
Controversie contrattuali per malpractice sanitaria	Italia Città del Vaticano Repubblica di San Marino

COSA FARE IN CASO SINISTRO TUTELA LEGALE

ART. 20

INSORGENZA DEL SINISTRO

Per insorgenza del sinistro si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge;

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

La garanzia assicurativa è prestata per i sinistri che siano insorti:

- durante il periodo di effetto del contratto, se si tratta di danno o presunto danno subito dall'Assicurato;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi.

Se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di 3 (tre) mesi opera soltanto per le garanzie non previste nel precedente contratto. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela Legale.

ART. 21

DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa.

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o ARAG.

ART. 22

FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

ART. 23

GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del sinistro, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 21 – Denuncia del sinistro e libera scelta del legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo. L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Periti viene concordata con ARAG.

La Società o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali e Periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. La Società avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

ART. 24

RESTITUZIONE DELLE SPESE ANTICIPATE

L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

SEZIONE - GARANZIA ASSISTENZA

(sempre operante)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 25

PREMESSA - SERVIZIO DI ASSISTENZA

La gestione delle prestazioni di assistenza è stata affidata dalla Società MyAssistance S.r.l - Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano.

Per usufruire di dette prestazioni, indicate al successivo art. 28, il Contraente (o l'Assicurato) deve **contattare** la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.02.303.500.002
- e-mail: retail.groupama@myassistance.it indicando:
- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione.

I recapiti della Struttura Organizzativa sono anche riportati sulla Carta Sanitaria (mod. 250017) che la Società rilascia al Contraente alla stipula del contratto.

In ogni caso, 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 al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 26

CHI È ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio della ditta Contraente.

Sono assicurate le persone nominativamente indicate in Polizza (mod. 220003)

ART. 27

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, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, 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 C.C., 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. 28

COSA E' ASSICURATO - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

La Società, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico delle persone assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

a) Second Opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Struttura Organizzativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero; tale parere, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica, ha finalità esclusivamente informative e non intende modificare l'orientamento del medico curante

b) Medico on line

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con la Struttura Organizzativa, essere in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la Struttura Organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni.

La presente prestazione **deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

c) Reperimento ed invio di un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc..)

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc.), anche d'urgenza, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. **Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.**

d) Invio di un ambulanza

Qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, la Struttura Organizzativa giudicasse indispensabile una visita medica accurata e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto Soccorso, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La Struttura Organizzativa organizzerà anche il trasporto tra il primo ospedale e l'eventuale centro medico di riabilitazione e/o il rientro dell'Assicurato dall'ospedale al proprio domicilio in Italia. La decisione medico-operativa sarà a totale discrezione del responsabile medico della Struttura Organizzativa.

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio di Emergenza 118).

La Struttura Organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso.

La presente prestazione **deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

e) Invio di un medico

Qualora l'Assicurato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede, dopo che il proprio medico ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un Pronto Soccorso.

La presente prestazione **deve intendersi valida esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

f) Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso siano costretti a trattenersi anch'essi all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo.

La presente prestazione **opera fino a concorrenza di euro 100,00 per notte e per persona, e con il limite di euro 300,00 per sinistro.**

g) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non possa disporre per motivi imprevisti di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, e gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti, la Struttura Organizzativa provvederà, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di detti medicinali. **In ogni caso il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.**

La presente prestazione **deve intendersi valida esclusivamente all'estero.**

h) Trasporto sanitario

Nel caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione tra la Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture dell'istituto di cura dove trovasi l'Assicurato non fossero giudicate adeguate per risolvere la patologia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà a trasportare l'Assicurato presso il più vicino istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie.

Il trasporto verrà effettuato, secondo la gravità del caso e sotto sorveglianza medica, se necessario, tramite:

- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (1ª classe, wagon-lit, cuccetta);
- ambulanza.

La Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, potrà provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato ed a prenotare il ricovero dell'Assicurato. Al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura Organizzativa provvederà al suo trasporto fino al domicilio.

La presente prestazione opera **fino a concorrenza di euro 2.500,00 per sinistro limitatamente al trasporto da un luogo di cura ad un altro, e fino a concorrenza di**

euro 300,00 per sinistro limitatamente al trasporto dal luogo di cura al domicilio.

i) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente let. h), la Struttura Organizzativa, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

j) Rientro dei figli minori

Qualora, a seguito di ricovero dell'Assicurato, in viaggio ad oltre 100 km dal proprio domicilio con figli minori di anni 12, questi ultimi si trovassero senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta, all'organizzazione del loro rientro tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiederanno, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un accompagnatore, munito di apposita delega rilasciata dal genitore o da chi ne fa le veci.

l) Rientro anticipato

Nel caso in cui si rendesse indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio in seguito ad infortunio o malattia occorsi ad un suo familiare, anch'egli assicurato, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio dal luogo del soggiorno fino al domicilio.

m) Reperimento di una baby sitter

Nel caso in cui l'Assicurato venga ricoverato in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni questi potrà chiedere alla Struttura Organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per accudire i figli minori di anni 12. L'invio della baby sitter avrà luogo nel più breve tempo possibile.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

n) Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

La Struttura Organizzativa sarà a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo gli istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), operanti in Italia ed all'estero, che possano garantire le cure del caso.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

o) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, la Struttura Organizzativa, direttamente o attraverso medici/pediatri convenzionati sul posto, sarà a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/pediatri dell'istituto di cura.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

p) Interprete all'estero per problemi di salute

In caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai Paesi ove esistano propri corrispondenti, la Struttura Organizzativa organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

q) Rimpatrio della salma

La Struttura Organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da infortunio o malattia, provvederà a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso fino al luogo di inumazione in Italia, intendendosi compreso il costo di un feretro, di modello economico, che ne permetta il trasporto. Devono intendersi escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia.

La Struttura Organizzativa organizza, sostenendone la spesa, il ritorno degli altri familiari assicurati od, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che le suddette persone non possano fare ritorno con i mezzi inizialmente previsti.

Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizzerà a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto di viaggio per recarsi dal suo domicilio in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione.

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 29

H - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Qualora, in seguito a ricovero per infortunio o malattia di almeno 7 giorni, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione stessa, la Struttura Organizzativa provvederà a reperire un infermiere, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di un importo giornaliero massimo di euro 50 per un periodo massimo di 30 giorni per evento.

COSA NON E' ASSICURATO

ART.30

ESCLUSIONI

Ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:

- le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Struttura Organizzativa;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- i sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

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.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 31

LIMITI TERRITORIALI

Le prestazioni, laddove non diversamente specificato, sono operanti per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo.

ART. 32

LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni sinistro;
- al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 28 su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la Struttura Organizzativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione I) Rientro anticipato, l'esposizione della Struttura Organizzativa deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc. che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. La Struttura Organizzativa si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto, l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme alla Struttura Organizzativa. Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

ART. 33

RICHIESTA DI ASSISTENZA - PRESCRIZIONE

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste, telefonicamente od a mezzo fax, nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre 5 giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie, direttamente alla Struttura Organizzativa.

Qualora pertanto l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualsiasi diritto nei confronti della Struttura Organizzativa e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

ART.34

LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura Organizzativa non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

ART.35

COMUNICAZIONI E VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto al precedente punto b)

DENUNCIA DI SINISTRO

LETTERA-TIPO

Spett.le

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Agenzia di

Via

Cap Città

..... li

Oggetto: DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA N.

AGENZIA DI

Vi comunico che l'Assicurato/a in data

(precisare quale tra le seguenti ipotesi si è verificata)

- è stato/a ricoverato/a in istituto di cura/Day Hospital per

- ha subito intervento chirurgico senza ricovero per

- è stato/a sottoposto/a alle seguenti visite specialistiche.....

per

- ha effettuato i seguenti accertamenti diagnostici.

per

- gli è stata diagnosticata la seguente malattia invalidante

Allego la seguente documentazione medica e di spesa

Per quant'altro fosse pertinente ed utile all'espletamento della pratica, Vi comunico i seguenti recapiti:

- Abitazione (indirizzo e n. telefonico)

- Luogo di lavoro (indirizzo e n. telefonico)

Cognome e Nome dell'Assicurato

Via n.

C.A.P. Località

In fede (firma)

.....

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE

1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

1898 - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto,

l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione (...) si prescrivono in anni due dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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 - 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