

SETTORE F - INFORTUNI DEL NUCLEO FAMILIARE/ ASSICURAZIONE EXTRA PROFESSIONALE E DEL TEMPO LIBERO

COSA È ASSICURATO E CONTRO QUALI DANNI

ART. 89

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività diversa da quella lavorativa. Sono altresì comprese le attività di casalinga, studente e pensionato;

- nello svolgimento delle comuni evenienze e manifestazioni della vita privata, sociale e ricreativa, del tempo libero e delle vacanze, compreso il volontariato, purché l'assicurato non faccia parte di associazioni di volontariato;
- nello svolgimento di attività attinenti alla conduzione della casa, compresi i lavori di ordinaria manutenzione e riparazione, di orticoltura e di giardinaggio;
- durante la pratica di giochi ed attività sportive a carattere puramente ricreativo, salvo quanto disposto dalla lett. F) dell'art. 91 Esclusioni;
- durante l'uso di veicoli, natanti o imbarcazioni non a motore;
- durante la circolazione in qualità di:
 - pedone su strade pubbliche e private;
 - passeggero su tutti i mezzi pubblici e privati di locomozione terrestre, marittima, fluviale e lacustre salvo quanto disposto dalla lett. A) dell'art. 91 Esclusioni;
 - passeggero di velivoli ed elicotteri nei termini previsti dall'art. 103 Rischio volo;
 - conducente di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione a motore, purché la guida non sia occasionata dallo svolgimento dell'attività lavorativa.

Sono compresi in garanzia anche:

- a. l'asfissia non di origine morbosa;
- b. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- d. l'annegamento;
- e. l'assideramento o congelamento;
- f. la folgorazione;
- g. colpi di sole o di calore;
- h. le lesioni determinate da sforzi, salvo quanto disposto dall'art. 91 lett. P) - Esclusioni;
- i. gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- j. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 90

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione non è operante per i componenti del nucleo familiare che abbiano un'età superiore a 80 anni alla data del sinistro.

Tuttavia, se in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunge il limite di età di 80 anni, unicamente con riferimento a questa persona, le garanzie del presente Settore, proseguono fino alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età.

Da tale momento, l'assicurazione continuerà a produrre i suoi effetti per gli altri componenti del nucleo familiare.

ART. 91

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni avvenuti durante:

- a. l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti o imbarcazioni a motore:
 - in pista o in percorsi di gara;

- in competizioni e nelle relative prove;
- b. la guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici;
 - di natanti o imbarcazioni a motore di uso non privato;
- c. guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d. la guida di qualsiasi veicolo, natante o imbarcazione a motore se l'Assicurato si trovi in stato di ebbrezza;
- e. la guida o uso di mezzi di locomozione aerea, e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dal successivo art. 103 - Rischio volo;
- f. la pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kitesurfing, guidoslitta, motonautica, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico (c.d. bungee jumping), immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- g. la partecipazione a competizioni - o relativi allenamenti e prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di beach volley, di hockey, di surf, windsurf, di kite-surf, di atletica leggera, di skateboard, di pattinaggio, di tennis, di podismo, salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo;
- h. partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
- i. il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- j. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k. assunzione di psicofarmaci per uso terapeutico con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico, ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- l. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, compresi gli atti di autolesionismo;
- m. movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dal successivo art. 104 - Rischio calamità naturali;
- n. guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, salvo quanto disposto dal successivo art. 105 - Rischio di guerra;
- o. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- p. gli infarti di ogni tipo, le lesioni sottocutanee, parziali o totali, dei tendini e le ernie di ogni natura;
- q. le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo;
- r. i danni estetici conseguenti ad infortunio;
- s. le conseguenze da infezione da SARS-CoV-2 e successive trasmutazioni.

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.

ART. 92

PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, 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 nei

confronti dell'Assicurato interessato dalle suddette affezioni, contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art.1898 del Codice Civile - senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo.

A maggior precisazione, l'Assicurazione resta valida per gli altri componenti del nucleo familiare.

Nella sola ipotesi di nucleo familiare composto da una sola persona, ed entro 60 giorni dall'effetto della cessazione, la Società restituirà al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, 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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 93

OBBLIGHI DI DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED ONERI RELATIVI

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi 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 dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. 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, laddove ciò gli sia consentito dalla normativa vigente, 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. 94

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 95

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.

ART. 96

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 94, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di

residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 97

RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 98

MORTE

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la Morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza- entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte -se superiore- e quello già pagato per l'Invalidità Permanente.

ART. 99

INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza. Il grado d'invalidità permanente va accertato facendo riferimento alla sola Tabella delle menomazioni di cui all'allegato n. 1 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza Restano valide le franchigie previste nell'art. 100 Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relativa franchigia.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed auditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

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

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, l'accertamento dell'invalidità permanente è stabilito, considerando i valori ed i criteri utilizzati per i casi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo assoluto del 100%. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra richiamate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. La percentuale di invalidità permanente verrà accertata previa presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi. 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.

L'indennizzo viene riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza. Nel caso in cui, trascorsi 2 anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, in ogni caso verrà espressa la valutazione che deve intendersi definitiva ai sensi di polizza in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

ART. 100

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVA FRANCHIGIA

L'indennizzo per l'invalidità permanente è calcolato, sulla somma assicurata, in relazione al grado di invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 99.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 5%;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 5% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE	% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE	% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE	% DI IP ACCERTATA	% DA LIQUIDARE
6	3	18	18	30	30	42	47
7	4	19	19	31	34	43	48
8	5	20	20	32	35	44	50
9	6	21	21	33	36	45	51
10	7	22	22	34	37	46	56
11	9	23	23	35	38	47	57
12	10	24	24	36	40	48	58
13	11	25	25	37	41	49	60
14	13	26	26	38	42	50 e oltre	100
15	14	27	27	39	43		
16	15	28	28	40	45		
17	17	29	29	41	46		

ART. 101

RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino a concorrenza del massimale assicurato, la Società rimborsa:

A. le **spese sostenute entro 365 giorni dall'infortunio**:

- a. per gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici;
- b. per l'assistenza medica ed esami;
- c. per le cure odontoiatriche ed ortodontiche;

- d. per protesi dentaria necessitata dalla perdita cruenta di uno o più denti, escluso il rifacimento di protesi preesistenti, fino a concorrenza di un importo non superiore al 15% del massimale assicurato;
 - e. per i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure in genere (anche termali), sempre che riconosciute dalla medicina ufficiale che utilizzano, quindi, metodiche conformi alla medicina scientifica con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale assicurato;
- B. le spese sostenute durante il ricovero o per intervento chirurgico senza ricovero entro 365 giorni dall'infortunio:**
- e. per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - f. per i diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
 - g. rette di degenza.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto a cure ultimate, su presentazione degli originali e delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide, debitamente quietanzate. La Società, a richiesta, restituisce predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato e/o il Contraente abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

CONDIZIONI OPERATIVE

ART. 102

SPESE DI SOCCORSO

In caso di infortunio dell'Assicurato, la Società rimborsa, le **spese resesi necessarie, per il suo trasporto** dal luogo dell'infortunio a quello di cura (ospedale, clinica, ambulatorio) a mezzo di autoambulanza, di aereo o elicottero. La Società effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi ed a cure ultimate.

Per le **spese sostenute all'estero** il rimborso verrà eseguito in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La garanzia Spese di Soccorso è prestata con il limite di indennizzo di euro 800,00 per sinistro.

ART. 103

RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

ART. 104

RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

Sono compresi gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, verificatesi fuori dal Comune di residenza dell'Assicurato, con riferimento alle garanzie Morte e/o Invalidità Permanente. La garanzia Rischio Calamità Naturali è prestata con il limite del 20% della somma assicurata per Morte/Invalidità permanente con il massimo di euro 50.000,00.

ART. 105

RISCHIO DI GUERRA

A parziale deroga dell'art. 91 lett. N), sono compresi gli infortuni derivanti da:

- a) atti di guerra anche non dichiarata;
- b) di insurrezione popolare;
- c) stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi al di fuori dell'Italia, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi di cui ai punti a), b) e c) e sia impossibilitato ad abbandonare il Paese ove gli eventi stessi sono in atto.

ART. 106

ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se l'assicurazione è prestata per conto altrui, 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.

ART. 107

PERDITA ANNO SCOLASTICO

In favore di Assicurati, di età non superiore a 24 anni, che risultino regolarmente iscritti a scuole di istruzione primaria o secondaria, e che in conseguenza di infortunio rientrante in garanzia siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo a copertura delle spese per il recupero dell'anno scolastico perso. Il pagamento dell'indennità di cui sopra viene effettuato solo dietro presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze. La garanzia Perdita Anno Scolastico è prestata con il limite di euro 1.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

BONUS CLIENTI GROUPAMA

Il limite della garanzia Perdita Anno Scolastico si intende elevato ad euro 2.000,00 per sinistro e per anno assicurativo. La presente estensione di garanzia è prestata a condizione che il Contraente/Assicurato e/o i componenti del Nucleo Familiare siano proprietari di un'autovettura che risulti, al momento del sinistro, assicurata con polizza Rc Auto di Groupama Assicurazioni.

ART. 108

CUMULO DI INDENNIZZI

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 109

SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed i limiti d'indennizzo relativi alle singole garanzie eventualmente operanti ed indicate in Polizza (mod. 240469), rappresentano il limite massimo indennizzabile per ciascun sinistro, anno assicurativo e per l'insieme di tutti gli Assicurati, indipendentemente dal numero delle persone infortunate.

ART. 110

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

LIMITI DI COPERTURA ESTENSIONE TERRITORIALE: SETTORE F - INFORTUNI DEL NUCLEO FAMILIARE/ ASSICURAZIONE EXTRA PROFESSIONALE E DEL TEMPO LIBERO

GARANZIA	DOVE
Responsabilità civile	Mondo intero

TABELLA DI RIEPILOGO DI SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO: SETTORE F - INFORTUNI DEL NUCLEO FAMILIARE/ ASSICURAZIONE EXTRA PROFESSIONALE E DEL TEMPO LIBERO

GARANZIE		SCOPERTO PER SINISTRO	FRANCHIGIA PER SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO
Invalidità permanente (art. 99)			5% Riassorbibile in riferimento alla tabella prevista nell'art. 100	
In caso di sinistro				
Rimborso delle spese sostenute entro 365 giorni dall'infortunio (art. 101)	per protesi dentaria necessitata dalla perdita cruenta di uno o più denti, escluso il rifacimento di protesi preesistenti (lett. d)			fino a concorrenza di un importo non superiore al 15% del massimale assicurato
	per i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e le cure in genere (anche termali) (lett. e)			fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale assicurato
Garanzie sempre operanti				
Spese di soccorso (art. 102)				euro 800,00 per sinistro
Rischio calamità naturali (art. 104)				20% della somma assicurata per Morte/ Invalidità permanente con il massimo di euro 50.000,00
Perdita anno scolastico (art. 107)				euro 1.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
	Bonus cliente Groupama			euro 2.000,00 per sinistro e per anno assicurativo